



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Wahrgenommene Rechte und Stigmatisierung von
Menschen mit Alzheimer-Demenz

Verfasserin

Elisabeth Bourkel

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im April 2009

Studienkennzahl : A298

Studienrichtung : Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Ich möchte folgenden Personen für ihre Unterstützung bei dieser Diplomarbeit danken:

Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber für die Betreuung dieser Diplomarbeit und die Unterstützung bei den verschiedenen Problemstellungen.

Herrn Prof. Dr. Dieter Ferring von der Universität Luxemburg für die Idee zu dieser Diplomarbeit, sowie für die Hilfestellung bei der Bearbeitung dieses Themas und der Erhebung der Daten.

Den Studienassistentinnen Frau Elisabeth Zeilinger und Frau Mag. Barbara Brehmer für die Hilfestellung im Rahmen des Forschungsseminars.

Mein größter Dank gilt meiner Mutter für ihre Unterstützung während meiner gesamten Ausbildung, einschließlich dieser Diplomarbeit.

Meinem Freund Pit für seine fachliche Hilfe und emotionale Unterstützung.

Meinen Freundinnen Stephi, Marina, Rita und Rachel für ihre praktische Unterstützung und ihren Zuspruch.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	1
I. THEORETISCHER TEIL.....	3
1. DEMENZ.....	3
1.1. DEFINITION	3
1.2. DEMENZFORMEN.....	5
1.2.1. Primär degenerative Demenzen.....	5
1.2.2. Vaskuläre Demenzen.....	6
1.2.3. Sekundäre Demenzen	7
1.3. EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE ENTWICKLUNG EINER DEMENZ	7
1.4. EPIDEMIOLOGIE.....	8
1.5. DIAGNOSTIK.....	9
1.5.1. Psychometrische Tests	9
1.5.1.1. Kognitive Leistungen	9
1.5.1.2. Alltagsaktivitäten und Pflegebedürftigkeit.....	10
1.5.2. Bildgebende Verfahren.....	11
1.6. MILD COGNITIVE IMPAIRMENT.....	12
1.7. ALZHEIMER - DEMENZ	12
1.7.1. Definition und historischer Hintergrund	12
1.7.2. Neuropathologie	13
1.7.3. Diagnosesysteme	13
1.7.4. Verlauf der Alzheimer-Demenz	14
1.7.5. Stadien einer Alzheimer-Demenz.....	15
1.7.6. Klinisches Bild	16
1.7.6.1. Kognitive Defizite.....	17
1.7.6.2. Störung der Alltagsaktivitäten.....	18
1.7.6.3. Körperlich-neurologische Symptome	18
1.7.6.4. Psychiatrische Begleitsymptome	19
2. FÄHIGKEITEN BEI EINER DEMENZERKRANKUNG	21
2.1. BEGRIFFSKLÄRUNG FÄHIGKEITEN	21
2.2. ENTSCHEIDUNGSFÄHIGKEIT.....	22
2.3. WER BESTIMMT DAS VORHANDENSEIN VON FÄHIGKEITEN?.....	23
2.4. SCHWIERIGKEITEN BEI DER BESTIMMUNG VON FÄHIGKEITEN.....	24
2.5. EINSCHÄTZUNG UND WAHRNEHMUNG VON DEN FÄHIGKEITEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ	25
3. RECHTE VON MENSCHEN MIT DEMENZ	27
4. STIGMA	29
4.1. BEGRIFFSKLÄRUNG.....	29
4.2. DAS STIGMAKONZEPT VON CORRIGAN (2000)	30
4.2.1. Label.....	32
4.2.2. Stereotype.....	33
4.2.3. Vorurteile.....	33
4.2.4. Diskriminierung.....	34

4.3. WAHRNEHMUNG UND STIGMATISIERUNG VON ÄLTEREN MENSCHEN.....	35
4.4. UNTERSCHIEDE IN DER STIGMATISIERUNG VON MÄNNERN UND FRAUEN	36
4.5. GEFAHR DER STIGMATISIERUNG VON MENSCHEN MIT ALZHEIMER-DEMENTZ	37
4.6. FOLGEN VON STIGMATISIERUNG.....	38
4.7. DER ZUSAMMENHANG VON WAHRGENOMMENEN FÄHIGKEITEN UND DISKRIMINIERUNG	38
4.8. EINFLUSSFAKTOREN AUF STIGMA UND DIE WAHRNEHMUNG VON FÄHIGKEITEN	39
4.8.1. Verantwortlichkeit und Kontrollierbarkeit	39
4.8.2. Wahrgenommene Gefährlichkeit.....	41
4.8.3. Vertrautheit.....	42
4.8.4. Emotion	43
4.8.5. Bildung	44
4.8.6. Geschlecht	44
4.8.7. Angst selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken.....	44
4.8.8. Schweregrad der Erkrankung	44
4.8.9. Zusammenfassung der Einflussfaktoren auf soziale Distanz und wahrgenommene Fähigkeiten	45

II. EMPIRISCHER TEIL47

5. ZIELSETZUNG DER UNTERSUCHUNG UND FRAGESTELLUNGEN.....47

6. HYPOTHESEN51

7. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG.....55

7.1. BESCHREIBUNG UND DESKRIPTIVSTATISTIK DER STICHPROBE	55
7.1.1. Stichprobengruppen.....	56
7.1.2. Alter.....	56
7.1.3. Geschlecht	57
7.1.4. Bildung	58
7.1.5. Kontakt zu Menschen mit Demenz.....	58
7.1.6. Wissen	58
7.1.7. Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken	58

8. UNTERSUCHUNGSINSTRUMENT.....61

8.1. ANGABEN ZUR PERSON	61
8.2. WAHRNEHMUNG DER WAHRSCHEINLICHKEIT AN EINER DEMENZERKRANKUNG ZU LEIDEN.....	61
8.3. FALLBEISPIEL	62
8.4. RATINGSKALEN	63
8.5. WAHRGENOMMENE RECHTE.....	63
8.6. ATTRIBUTION (VERANTWORTLICHKEIT)	64
8.7. WAHRGENOMMENE GEFÄHRLICHKEIT	64
8.8. SOZIALE DISTANZ	64
8.9. EMOTIONEN.....	65

9 ANALYSE DES FRAGEBOGENS67

9.1. FAKTORENANALYSE.....	67
9.2. RELIABILITÄT	68
9.3. ANALYSE DES FRAGEBOGENTEILS „RECHTE“	68
9.3.1. Eignung der Daten für eine Faktorenanalyse.....	68
9.3.2. Bestimmung der Faktorenanzahl	69
9.3.3. Faktoren	70

9.3.4. Reliabilität	72
9.4. ANALYSE DES FRAGEBOGENTEILS „SOZIALE DISTANZ“	72
9.4.1. Eignung der Daten.....	72
9.4.2. Faktorenextraktion.....	72
9.4.3. Reliabilität	73
9.5. ANALYSE DES FRAGEBOGENTEILS „EMOTIONEN“	73
9.5.1. Eignung der Daten für eine Faktorenanalyse	73
9.5.2. Faktoren.....	73
9.5.3. Reliabilität	74
9.6. ANALYSE DER WEITEREN FRAGEBOGENTEILE.....	75
10. AUSWERTUNGSMETHODEN	77
10.1. METHODE ZUR ÜBERPRÜFUNG DER EINFLUSSVARIABLEN AUF SOZIALE DISTANZ UND WAHRGENOMMENE RECHTE	77
10.2. METHODE ZUR AUSWERTUNG DER UNTERSCHIEDSHYPOTHESEN ZWISCHEN LAIEN UND PROFESSIONELLEN SOWIE DEN FRAGEBOGENVERSIONEN „FRAU“ UND „MANN“	79
11. ERGEBNISSE	81
11.1. DESKRIPTIVSTATISTIK UND EXPLORATIVE UNTERSUCHUNG DER FRAGESTELLUNGEN.....	81
11.2. AUSWERTUNG DER HYPOTHESEN	91
11.2.1. Einflussvariablen auf soziale Distanz.....	91
11.2.2. Einflussvariablen auf wahrgenommene Rechte	94
11.2.3. Unterschiede in den Urteilen zwischen Laien und Professionellen.....	100
11.2.4. Unterschiede in den Urteilen zwischen der Fragebogenversion „Frau“ und der Fragebogenversion „Mann“	103
12. DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	107
12.1. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	107
12.2. INTERPRETATION UND VERGLEICH DER ERGEBNISSE MIT DER FORSCHUNGLITERATUR	112
12.2.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse	112
12.2.2. Wahrnehmung der Rechte	113
12.2.3. Diskriminierung.....	117
12.2.4. Emotionen	119
12.2.5. Gefährlichkeit.....	120
12.2.6. Attribution	121
12.3. GRENZEN DER VORLIEGENDEN STUDIE	121
12.4. KONKLUSION.....	123
12.5. AUSBLICK.....	124
13. ZUSAMMENFASSUNGEN	127
13.1. DEUTSCHE ZUSAMMENFASSUNG	127
13.2. ENGLISH ABSTRACT.....	128
14. LITERATURVERZEICHNIS.....	131
15. ANHANG.....	141
15.1. TABELLENVERZEICHNIS.....	141
15.2. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	142
15.3. FRAGEBOGEN	143
15.4. LEBENSLAUF	155

Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit den wahrgenommenen Rechten und der Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz. Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine Pilotstudie, welche von Herrn Prof. Dr. Dieter Ferring von der Universität Luxemburg initiiert wurde.

Das Thema „Wahrnehmung von Menschen mit Alzheimer-Demenz“ ist von besonderem aktuellem Interesse, da die Anzahl an Personen mit einer Demenzerkrankung in den nächsten Jahren ansteigen wird. Dieser Anstieg steht mit einer immer höheren Lebenserwartung und einem damit einhergehenden größeren Risiko, an einer Demenz zu erkranken, in Zusammenhang (Ivemeyer & Zerfaß, 2002). Aufgrund dieser Tatsache, sowie besseren Behandlungsmethoden, wird es in Zukunft mehr Personen geben, bei denen die Erkrankung zu einem leichten oder mittleren Grad ausgebildet ist (Maeck & Stoppe, 2008). Jedoch ist es vor allem bei dieser Personengruppe schwierig einzuschätzen, inwiefern sie selbstständig leben und ihre Autonomie bewahren können, ohne sich selbst oder andere durch ihre Entscheidungen zu gefährden. Besonders bei Menschen mit einer leichten Demenz kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Person, die nicht mehr in der Lage ist, eine bestimmte Tätigkeit auszuführen auch hinsichtlich anderer Tätigkeiten beeinträchtigt ist (Marson, 2001). Obwohl anhand von psychometrischen Testverfahren die allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit eines Menschen festgestellt werden kann, kann damit nicht unbedingt über seine Fähigkeiten in allen Situationen geurteilt werden (Moye, Karel, Azar & Gurrera, 2004; Moye & Marson, 2007). Außerdem wird oft von den Personen, die einen Menschen mit Demenz betreuen (seien es Betreuer/innen im Pflegeheim oder Familienangehörige) eine Entscheidung für die Betroffenen gefällt, ohne, dass vorher Tests durchgeführt wären oder ein gerichtlicher Beschluss vorliegen würde, welche die Person für „unfähig“ diesbezüglich erklären würden. (Moye & Marson, 2007). In Luxemburg besteht kein nationales Gesetz, das sich auf das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenzerkrankung bezieht (Kerschen, 2006). Es stellt sich also die Frage, inwiefern die Menschenrechte und damit die Autonomie und Selbstständigkeit

von Personen mit Demenz bedroht sind. Aus diesen Gründen ist es wichtig, sich mit der Einstellung zu den Rechten von Menschen mit Alzheimer-Demenz zu beschäftigen. Zudem sind Menschen mit Demenz eine Personengruppe, die von Stigmatisierung betroffen ist (De Mendonça Lima, Levav, Jacobson & Rutz, 2003), jedoch setzen sich nur wenige Studien mit der Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz auseinander (Graham et al., 2003). Da angenommen wird, dass wahrgenommene Fähigkeiten mit Stigmatisierung in Form von Diskriminierung zusammenhängen (Werner, 2006), wird dieser Aspekt ebenfalls in dieser Diplomarbeit thematisiert. Die Untersuchung bezieht sich dabei auf das Stigmakonzept von Corrigan (2000). Die vorliegende Arbeit untersucht wahrgenommene Fähigkeiten und Rechte, die Diskriminierung, in Form von sozialer Distanz, sowie Einflussfaktoren auf diese Variablen. Um die Einstellung von Menschen mit einem luxemburgischen Kulturhintergrund zu erheben, wurden ausschließlich Personen befragt, die in Luxemburg wohnen. Zudem werden die Fragestellungen behandelt, ob Männer und Frauen unterschiedliche Reaktionen auslösen und ob Laien im Unterschied zu Personen, die im Pflegeberuf tätig sind, verschieden urteilen.

Die vorliegende Arbeit ist dahingehend aufgebaut, dass zuerst der theoretische Hintergrund zur Untersuchung dargestellt wird. Dabei wird das Krankheitsbild der Demenz mit einem Schwerpunkt auf die Alzheimer-Demenz definiert. Anschließend werden die Fähigkeiten und aktuelle Studien dazu, sowie Rechte von Menschen mit Demenz behandelt. Die Theorie beinhaltet weiters die Definition von Stigma und dem Stigmakonzept von Corrigan (2000), sowie den aktuellen Forschungsstand zur Stigmatisierung von Menschen mit Demenz und psychischen Störungen. Der zweite Teil dieser Arbeit enthält die empirische Untersuchung, sowie die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.

I. Theoretischer Teil

1. Demenz

Der erste Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit der Definition und Epidemiologie von Demenzerkrankungen. Im zweiten Teil wird die häufigste Form der Demenzen, die Alzheimer-Demenz, welche zwei Drittel aller Demenzerkrankungen ausmacht (Bickel, 2008), ausführlicher behandelt. Dabei werden die Definition, die Neuropathologie, die Diagnostik, sowie das klinische Bild der Krankheit dargestellt. Das vorliegende Kapitel hat als Ziel aufzuzeigen, inwiefern die von Demenz betroffenen Personen, durch ihre Krankheit in ihrem alltäglichen Leben beeinflusst sind.

1.1. Definition

Der Begriff *Demenz* wird aus dem lateinischen Wort *dementia* abgeleitet, das übersetzt Unvernunft bedeutet (Ivemeyer & Zerfaß, 2002). Die Bezeichnung Demenz oder *Demenzsyndrom* wird für verschiedene Demenzformen verwendet, die sich vom Erscheinungsbild her ähneln, die aber unterschiedlich verlaufen oder verschiedene Symptome aufweisen (Gutzman & Zank, 2005). Alle Demenzformen stellen eine „erworbene irreversible Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit“ (Payk, 2007, S. 279) dar.

Das Leitsymptom einer Demenzerkrankung ist laut DSM-IV und ICD-10 die Gedächtnisstörung, welche vor allem einen Einfluss auf das Kurzzeitgedächtnis hat. Darüber hinaus fordern beide Diagnosesysteme eine Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens, sowie der Informationsverarbeitung. Im DSM-IV werden zusätzlich neuropsychologisch definierte Defizite (Aphasie, Agnosie und Apraxie) als Kriterien einer Demenz vermerkt. Ausschließlich das ICD-10 beinhaltet hinsichtlich nichtkognitiver Fähigkeiten eine Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit, Apathie und Vergröberung des Sozialverhaltens). Um eine Demenz zu diagnostizieren, darf laut beiden Diagnosesystemen die Leistungsfähigkeit nicht durch einen vorübergehenden

Verwirrheitszustand oder Beeinträchtigung des Bewusstseins beeinflusst sein. Im ICD-10 ist festgelegt, dass die Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der kognitiven Funktionen für mindestens sechs Monate vorhanden sein muss, beim DSM-IV ist kein Zeitrahmen vorhanden. Gemäß beiden Systemen kann nur dann eine Demenzdiagnose gestellt werden, wenn die kognitiven Störungen einen gravierenden Einfluss auf die selbstständige Lebensführung des/der Betroffenen und das Erledigen alltäglicher Dinge haben (APA, 1993; Dilling & Freyberger, 1999; WHO, 1992; zitiert nach Schaub & Freyberger, 2005, S. 60-61). Diese Auswirkungen können laut ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2000) in drei Schweregrade eingeteilt werden (s. Tabelle 1).

Tabelle 1 *Schwerestadien einer Demenz und Einfluss auf Alltagsaktivitäten* (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2000; Förstl & Calabrese, 2001)

	Gedächtnis und andere Leistungen	Alltagsaktivitäten
Leicht	Hauptsächlich ist das Lernen von Neuem betroffen; es werden Gegenstände verlegt und neue Informationen vergessen.	Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten, diese ist aber nicht so einschneidend, dass der/ die Betroffene abhängig wird. Das Ausführen von komplizierten Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen ist nicht mehr möglich.
Mittelgradig	Die Erinnerung besteht nur bei gut gelernten oder sehr vertrauten Inhalten. Neue Informationen werden gelegentlich nur kurz erinnert.	Ein unabhängiges Leben wird behindert. Hilfe eines Andern im täglichen Leben ist notwendig. Es sind nur mehr einfache häusliche Tätigkeiten möglich, selbstständiges Einkaufen oder Umgang mit Geld ist nicht mehr möglich.
Schwer	Eine schwerere Gedächtnisstörung bei der neue Informationen überhaupt nicht mehr gemerkt werden. Nur noch Bruchstücke von früher Gelerntem sind vorhanden.	Nachvollziehbare Gedankengänge fehlen so gut wie oder vollständig.

Förstl und Calabrese (2001) sind jedoch der Meinung, dass die Unterscheidung in leichte, mittlere und schwere Demenz willkürlich getroffen ist. Zudem kann laut den Autoren die Schwelle zwischen „eindeutig dement“ und „noch altersnormal“ nicht eindeutig definiert werden, da der Übergang zwischen den Stadien meist kein sprunghafter sondern vielmehr ein fließender ist.

1.2. Demenzformen

An dieser Stelle werden die Symptome der verschiedenen Demenzformen, welche unterschiedliche Auswirkungen auf die selbstständige Lebensführung eines Menschen haben, beschrieben.

In der Literatur lässt sich keine einheitliche Kategorisierung der verschiedenen Demenzformen finden. Da jedoch am häufigsten eine Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Demenz getroffen wird (zum Beispiel Brand & Markowitsch, 2005; Gatterer & Croy, 2005 oder Gutzmann & Zank, 2005), wird diese hier aufgegriffen, um die Demenzformen zu kategorisieren. Bei den primären Demenzen liegen neurodegenerative Erkrankungen oder vaskuläre Veränderungen vor. Die sekundären Demenzen werden als Folge einer anderen Krankheit diagnostiziert.

1.2.1. Primär degenerative Demenzen

Zu den primär degenerativen Demenzen werden Erkrankungen gezählt, die das Sterben von Nervenzellen mit sich bringen (Gutzmann & Zank, 2005). Schmidtke (2006) unterscheidet innerhalb der primären Demenzen zusätzlich die *Grundtypen der Demenz*: die kortikale Demenz, die subkortikale Demenzformen und die frontale Demenz.

Die *Alzheimer-Demenz* gilt als Prototyp der kortikalen Demenz (überwiegend temporoparietal), welche durch eine Schädigung der Hirnrinde charakterisiert ist. Diese Beeinträchtigungen führen zu „Werkzeugstörungen“ der „Sprache, räumlichen Denkens, visuellen Erkennens, Praxis“ (Schmidtke, 2006, S. 16). In Kapitel 1.7. wird näher auf die Alzheimer- Demenz eingegangen.

Die Demenzen bei *Basalganglienerkrankungen* gehören laut Weindl (2001) zu den subkortikalen Demenzen, worunter unter anderem Morbus Parkinson mit Demenz, die Demenz mit Levy Körperchen, sowie Chorea Huntington zählen. Die klinische Erscheinung bei diesen Formen von Demenz zeichnet sich durch psychomotorische

Verlangsamung, reduziertes Erinnern, reduzierte Informationsverarbeitung, Veränderung von Stimmung, Persönlichkeit und Sprechen aus. Die geistige Beeinträchtigung wird oft durch Defizite in der Motorik überdeckt. Die Patienten/innen leiden häufig an Depression und niedriger Motivation.

Unter dem Begriff des *Pick-Komplexes* werden die frontotemporale Demenz, sowie die seltener vorkommenden progrediente Aphasie und die semantische Demenz zusammengefasst. Die frontotemporale Demenz ist die zweithäufigste primär degenerative Demenz nach der Alzheimer-Demenz. Die Krankheit bricht meistens bei Personen zwischen 45 und 65 Jahren aus, der Beginn ist schleichend und der Verlauf langsam (Gutzmann & Zank, 2005). Es kann schwierig sein, die frontotemporale Demenz von einer Alzheimer-Demenz abzugrenzen (Danek & Wekerle, 2001). Die Kernsymptome einer frontotemporalen Demenz sind enthemmtes und taktloses Verhalten, die Unfähigkeit das eigene Verhalten zu steuern, sowie eine Störung der Krankheitseinsicht. Im affektiven Bereich zeigen sich Depression und eine emotionale Verflachung (Neary et al., 1998, zitiert nach Danek & Wekerle, 2001, S. 117; Gutzmann & Zank, 2005).

1.2.2. Vaskuläre Demenzen

Vaskuläre Demenzen sind dementielle Syndrome, die auf Erkrankungen der Hirngefäße basieren. Insgesamt ist dieses Krankheitsbild sehr heterogen, deshalb ist die Einordnung und Klassifikation nicht einheitlich. Dazu gehören die chronische zerebrovaskuläre Insuffizienz, die Binswanger-Erkrankung und das Multi-Infarktsyndrom, welche aber nicht klar abgegrenzt werden. Klinische Merkmale der vaskulären Demenz sind plötzliches Auftreten von kognitiven Störungen, Gangstörungen und Stürze sowie Miktionsstörungen. Es kommt zu Veränderungen des Antriebs und der Affektivität, die sich so äußern, dass die Patienten/innen zurückgezogen, teilnahmslos und gleichgültig wirken, sowie unter Stimmungsschwankungen mit depressiver Grundstimmung leiden (Haberl & Schreiber, 2001).

Es können auch Mischformen („mixed dementia“) der vaskulären und neurodegenerativen Demenzen auftreten. So haben viele Patienten/innen vor dem

Ausbruch einer Alzheimer-Demenz klinisch stumme oder symptomatische Schlaganfälle (Haberl & Schreiber, 2001).

1.2.3. Sekundäre Demenzen

Die sekundäre Demenz wird als Folge einer anderen Erkrankung diagnostiziert. Wallin und Blennbow, (1996, zitiert nach Brand & Markowitsch, 2005, S.15) nennen dabei folgende Erkrankungen:

- Hydrozephalus
- Metabolische Störungen
- Mangelernährungen
- Intoxikationen
- Infektionen (z. Bsp. Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Borrelie, Syphilis, AIDS)
- Hirntraumata
- Hirntumore

Die klinischen Symptome der sekundären Demenzen werden hier nicht näher behandelt, da die Symptome, abhängig von der auslösenden Erkrankung, sehr unterschiedlich sind. So sind allein die Symptome innerhalb der sekundären Demenzen bei Infektionskrankheiten sehr verschieden (Poser & Mollenhauer, 2005).

1.3. Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer Demenz

Zu einem geringen Maß kann ein Einfluss auf die Bildung einer Alzheimer-Demenz genommen werden. Als Risikofaktoren für eine Demenz gelten das Alter, Schädel-Hirn-Traumen, geringe Schulbildung, zu hoher Alkoholkonsum, Rauchen, hoher Fettverzehr und Übergewicht sowie kardiovaskuläre Probleme. Bei der präsenilen Alzheimer-Demenz können auch genetische Faktoren ausschlaggebend für den Ausbruch der Krankheit sein (Bickel, 2005).

Zu den möglichen protektiven Faktoren werden geistige und körperliche Aktivität, sowie verschiedene Medikamente gezählt (Bickel, 2005).

1.4. Epidemiologie

Insgesamt leiden zwei Prozent der 65 bis 69-jährigen an einer Demenz, alle fünf Jahre verdoppelt sich dieser Wert (Förstl, Maelicke & Weichel, 2005). Dieser Anstieg ist durch das mit dem höheren Alter einhergehende Risiko, an einer Demenz zu erkranken, begründet (Ivemeyer & Zerfaß, 2002). Damit leiden bereits über 30 % der über 90-jährigen an einer mittelschweren oder schweren Demenzform (Förstl et al., 2005). Bei den unter 65-jährigen sind etwa drei Prozent betroffen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung nimmt die Anzahl der an einer Demenz erkrankten Personen ständig zu. Es wird geschätzt, dass sich in Deutschland die Zahl der Demenzkranken von 1.1¹ auf 2.5 Millionen im Jahr 2050 erhöhen wird, falls es keine Verbesserung in Prävention und Therapie geben wird (Bickel, 2008).

Bei den an einer Demenz erkrankten Personen handelt es sich zu 70 Prozent um Frauen (Lobo, Launer, Fratiglioni et al, 2000, zitiert nach Bickel, 2005, S. 4). Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken ist für Frauen und Männer gleich hoch, jedoch werden Frauen älter als Männer und somit befinden sich mehr Frauen in der Gruppe der Höchstbetagten, die stärker von Demenzerkrankungen betroffen ist. Hinsichtlich verschiedener Regionen oder Länder in Europa, gibt es keine Unterschiede in der Prävalenz von Demenzerkrankungen (Bickel, 2005; 2008).

Die Association Luxembourg Alzheimer kam im Jahr 2000 zu dem Schluss, dass in Luxemburg 4000 bis 5000 Personen mit Demenz leben, wobei zwei Drittel dieser Personen von der Demenzform vom Typ Alzheimer betroffen sind. Die vaskulären Demenzen befinden sich mit 10 bis 20 % an zweiter Stelle. Die Zahl der Neuerkrankungen an einer Demenz wird auf 1000 Personen pro Jahr geschätzt. Die Altersverteilung, der an einer Demenz erkrankten Personen in Luxemburg, wird in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2 *Altersverteilung der an einer Demenz erkrankten Personen in Luxemburg* (Association Luxembourg Alzheimer, 2000)

Altersgruppe	Schätzung der Zahl von Kranken in Luxemburg
65-69	230
70-74	480

¹In der vorliegenden Arbeit werden die „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“ von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2007) berücksichtigt. Gemäß diesen Richtlinien werden im vorliegenden Text die Dezimalpunkte als *Punkt* geschrieben.

Altersgruppe	Schätzung der Zahl von Kranken in Luxemburg
75-79	720
80-84	870
85-89	1140
90 und älter	710
65 und älter	4150

1.5. Diagnostik

Die Demenzdiagnostik besteht aus Anamnese und Fremdanamnese, Verhaltens- und Verlaufsbeobachtung, psychischem und neurologischem Befund, Fragebögen und psychometrischen Tests, sowie bildgebenden Verfahren (Jahn, 2005; Schmidtke & Hüll, 2005). In diesem Kapitel werden psychometrische Tests für kognitive Leistungen und Alltagsaktivitäten bzw. Pflegebedürftigkeit, sowie die bildgebenden Verfahren behandelt.

1.5.1. Psychometrische Tests

1.5.1.1. Kognitive Leistungen

Allgemeine kognitiv-mnestische Defizite können mittels *Screeningverfahren* zeitökonomisch erfasst werden, jedoch sind differenzierte Aussagen zu einzelnen Leistungsbereichen nicht möglich. Es gibt eine Reihe von bewährten Verfahren für ein Screening, zum Beispiel der Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD), der Seven-Minutes-Test, der Uhrentest, der Mini-Mental-Status-Test oder der DemTect (Brand & Markowitsch, 2005).

Der Mini-Mental-Status-Test erfasst Orientierung zu Zeit, Raum und Person, Nachsprechen/Kurzzeitgedächtnis, Kopfrechnen/Arbeitsgedächtnis, Merkfähigkeit, Benennen, Handlungsanweisungen befolgen, Praxis, Lesen, Schreiben und Visuokonstruktion (Brand & Markowitsch, 2005).

Der DemTect berücksichtigt, zusätzlich, dass ältere Personen eine leicht geringere Leistung haben, indem er die erzielten Rohwerte alterskorrigiert. Er besteht aus fünf Subtests, die kurz- und mittelfristiges verbales Gedächtnis, Sprache und

Zahlenverarbeitung, verbale Flüssigkeit und Arbeitsgedächtnis erfassen (Brand & Markowitsch, 2005).

Ivemeyer und Zerfaß (2002) schreiben, dass sich für ein Demenz-Screening die Kombination aus dem Mini-Mental-Status-Test, dem Uhrentest und einer Wortflüssigkeitsaufgabe bewährt hat. Um zusätzliche Informationen zu erhalten, kann die Diagnose mit *Ratingskalen* unterstützt werden. Beispiele dafür sind die Clinical Dementia Rating Scale und die Global Deterioration Scale.

Ausgehend vom Screening können weitere *spezielle Testverfahren* angewandt werden, die die Überprüfung der für eine Demenzdiagnose relevanten Domänen erlauben. Beispiele sind der Demenz-Test, die Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS), sowie die Testbatterie CERAD (Brand & Markowitsch, 2005).

Die kognitiven Leistungen eines Menschen unterliegen Veränderungen im Zuge des normalen Alterungsprozesses, auch wenn keine Erkrankung vorliegt. Daher ist es manchmal schwierig, einen Unterschied zwischen normalem Altern und dem Anfangsstadium einer Demenz festzustellen (s. auch Abschnitt 1.6.). Jedoch verschlechtert sich im normalen Altern nur die Wiedergabe von gelerntem Material, nicht aber das Wiedererkennen. So fällt älteren Menschen spontan eine Information nicht mehr ein, wenn sie aber daran erinnert werden, ist der Inhalt wieder sofort bekannt. Eine Person mit Alzheimer-Demenz, im Gegensatz, erkennt vieles nicht wieder, da sie nicht mehr fähig ist, neue Information abzuspeichern. Es ist wichtig diesen Unterschied zu kennen, um zwischen normalem Altern und einer demenziellen Entwicklung unterscheiden zu können. Da die Unterscheidung so problematisch ist, spielen adäquate Normwerte bei neuropsychologischen Tests eine große Rolle, welche jedoch öfters fehlen (Ivemeyer & Zerfaß, 2002).

1.5.1.2. Alltagsaktivitäten und Pflegebedürftigkeit

Die Diagnose Demenz ist nur dann gültig, wenn die kognitiven Störungen einen Einfluss auf die selbstständige Ausführung der Alltagsaktivitäten des/der Patienten/in haben (Kapitel 1.1.). Die Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit eines Patienten kann mittels standardisierten Skalen, welche einem Dritten vorgelegt werden, festgestellt werden. Neben den im vorherigen Abschnitt vorgestellten Verfahren zur Erhebung der kognitiven Leistung, sind diese Skalen notwendig, um die Fähigkeiten

eines Menschen umfassend erheben zu können. In den Skalen werden folgende Aktivitäten einer eigenständigen Lebensführung berücksichtigt: Ernährung (Kochen, Essen), Selbstversorgung (Einkaufen, Wäsche waschen, Wohnung reinigen), körperliche Hygiene, Mobilität, und Tätigkeiten, wie Zählen von Geld, Telefonieren oder Einnahme von Medikamenten. Ein Standardverfahren stellt der Barthel-Index dar, welcher durch die IADL-Skala erweitert wurde. Die „Nurse’s Observation Scale for Geriatric Patients“ (NOSGER) berücksichtigt zusätzlich kognitive, soziale und emotionale Aspekte des Alltagsverhaltens. Die „Alzheimer’s Disease Activities of Daily Living International Scale“ (ADL-IS) erfasst auch Aktivitäten wie Konversation, Erholung, soziale Fähigkeiten oder Auto fahren. Jedoch kann die Fremdeinschätzung von Alltagsaktivitäten bei Menschen mit Demenz aus zwei Gründen schwierig sein. Erstens kann wegen einer eventuellen Überversorgung des/der Patienten/in nicht mehr beurteilt werden, welche Fähigkeiten er/sie aufweist. Zweitens unter- bzw. überschätzen Angehörige seine/ihre Fähigkeiten. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurden Skalen entwickelt, bei denen die Beurteilung von Fähigkeiten mittels der Verhaltensbeobachtung in standardisierten Alltagshandlungen stattfindet. Ein Beispiel hierfür ist das „Direct Assessment of Functional Status“ (DAFS). Mittels des DAFS kann das Vorliegen einer Demenzerkrankung und der Schweregrad festgestellt werden (Gunzelmann & Oswald, 2002, 2005).

Es gibt auch Skalen, die für Menschen mit intellektueller Behinderung entwickelt worden sind und auch bei Demenzpatienten/innen eingesetzt werden können. Beispiele hierfür sind die „Supports Intensity Scale“ (American Association on Mental Retardation, 2004) und die „Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition“, welche „Adaptive Behaviour“, mittels den drei Skalen „Kommunikation“, „Alltagsaktivitäten“ und „soziale Fähigkeiten“ erheben (Pearson, 2009).

1.5.2. Bildgebende Verfahren

Bildgebende Verfahren sichern die Diagnose und ermöglichen die Überprüfung, ob keine andere Hirnerkrankung vorliegt (Riemenschneider & Bertram, 2001). Die Computertomographie und Magnetresonanztomographie sind wenig geeignet, um eine Alzheimer-Demenz früher erkennen zu können. Jedoch lässt sich mit diesem Verfahren

die vaskuläre Demenz erkennen und somit können diese beiden Formen der Demenzerkrankung voneinander abgegrenzt werden (Brand & Markowitsch, 2005).

1.6. Mild Cognitive Impairment

Eine leichte kognitive Beeinträchtigung (*Mild Cognitive Impairment*) liegt vor, wenn „Personen eine Gedächtnisbeeinträchtigung im Bereich der Merkfähigkeit aufweisen, die größer ist, als man für das betreffende Alter erwarten würde, andere Funktionen und das Alltagsleben aber unbeeinträchtigt sind“ (Ivemeyer & Zerfaß, 2002, S. 8). Es handelt sich dabei um einen Übergangsbereich zwischen dem normalen Altern, anfänglichen Störungen des Gedächtnisses und dem ersten Stadium einer Demenz oder Alzheimer-Demenz. Bei der Untersuchung von Personen, bei denen der Verdacht besteht, dass sie an Alzheimer-Demenz erkrankt sind, ist die Möglichkeit gegeben, dass sie nur an einer leichten kognitiven Beeinträchtigung leiden, welche sich nicht unbedingt verschlechtern muss (Ivemeyer & Zerfaß, 2002). Bickel und Cooper (1994, zitiert nach Zaudig, 2001, S. 24) schätzen, dass die Wahrscheinlichkeit dieser Personen, an einer Demenz zu erkranken bei ca. 50 % liegt. Laut Ivemeyer und Zerfaß (2002) lässt sich in vielen Studien ein Risiko von 10 bis 15 % finden. Auch wenn die Zahlen unterschiedlich sind, ist es jedenfalls eindeutig, dass das Risiko an einer Demenzerkrankung für Personen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung deutlich gegenüber der älteren Normalbevölkerung erhöht ist. In der Normalbevölkerung beträgt die Wahrscheinlichkeit ein bis zwei Prozent (Zaudig, 1999; zitiert nach Zaudig, 2001).

1.7. Alzheimer - Demenz

1.7.1. Definition und historischer Hintergrund

Vor über 100 Jahren wurde die Alzheimer-Demenz erstmals von Alzheimer (1907) beschrieben, der über eine 51-jährige Patientin, die an einer „eigenartigen Erkrankung der Hirnrinde“ litt, berichtete. Bei der Patientin wurde eine zeitliche und örtliche Desorientierung, sowie eine zunehmende Gedächtnisschwäche beobachtet. Nach ihrem Tod wurden Veränderungen ihres Gehirns festgestellt, welche sich durch das Vorhandensein von Plaques und Neurofibrillen, auszeichneten.

Die Alzheimer-Demenz wurde bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts als eine seltene Erkrankung wahrgenommen, die nur bei jüngeren Personen ausbricht (*präsenile Demenz*). Demenzerkrankungen bei Menschen über 65 Jahren wurden fälschlicherweise mit einer Erkrankung der Hirngefäße assoziiert und *senile Demenzen* genannt. Es konnte dann aber gezeigt werden, dass die senilen Demenzen die gleichen biologischen Ursachen haben wie die präsenilen Demenzen. Der Begriff Alzheimer-Demenz wurde somit auf die später auftretende Form ausgeweitet und es findet keine Einteilung in eine präsenile und senile Form der Alzheimer Demenz mehr statt. Eine Unterscheidung zwischen einer früh auftretenden (early onset) und spät auftretenden (late onset) Variante erscheint jedoch sinnvoll. Hier erfolgt die Einteilung abhängig davon, ob eine Person jünger oder älter als 65 bei der Erstmanifestation der Symptome ist (Förstl, Kurz, Calabrese & Hartmann, 2001; Gutzmann & Zank, 2005; Schlegel, 2005).

1.7.2. Neuropathologie

Auf der makroskopischen Ebene findet bei der Alzheimer-Demenz eine Hirnschrumpfung mit einer Erweiterung der inneren und äusseren Liquorräume statt. Die Hirnwindungen sind verschmälert und die Hirnfurchen verbreitet. Beide Hemisphären werden in den Krankheitsprozess gleichermaßen miteinbezogen, wobei die Regionen für Sprache und Gedächtnis besonders betroffen sind (Gutzmann & Zank, 2005; Schlegel, 2005).

Auf der mikroskopischen Ebene gibt es ein diffuses Sterben von Nervenzellen, die restlichen Nervenzellen sind oft verkleinert und enthalten Eiweissablagerungen (neuritische Plaques). Weiters treten Neurofibrillenveränderungen, sogenannte neurofibrilläre Tangles oder Bündel, auf. Beide Erscheinungen sind typisch für eine Alzheimer-Demenz. Weitere Charakteristiken sind eine Verringerung der Zahl der Verknüpfungen zwischen den Neuronen, sowie eine Ausdünnung der Dendriten (Gutzmann & Zank, 2005).

1.7.3. Diagnosesysteme

Derzeit werden drei Kriterienkataloge zur Diagnose einer Alzheimer-Demenz verwendet. Es handelt sich dabei um die Kriterien des ICD-10, des DSM-IV und des vom „National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke“ und

der „Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association“ der USA entwickelten Kriterienkatalogs, die *NINCDS-ARDA-Kriterien* (Schaub & Freyberger, 2005).

Das ICD-10 (Dilling et al., 2000) nennt folgende Kriterien für eine Alzheimer-Demenz:

- Die allgemeinen Kriterien für eine Demenz müssen erfüllt sein (s. Abschnitt 1.1).
- Auf eine andere Ursache der Demenz oder auf einen Alkohol- oder Substanzmissbrauch gibt es keinen Hinweis.

Wie erwähnt, wird eine Unterscheidung zwischen einer Erkrankung mit frühem und mit spätem Beginn getroffen, wobei bei der Alzheimer-Demenz mit spätem Beginn (nach dem 65. Lebensjahr) zusätzlich zu den oben genannten Kriterien folgende Kriterien vorliegen müssen:

- Sehr langsamer Eintritt der Krankheit und ein allmähliches Fortschreiten.
- Die Gedächtnisstörung tritt stärker in den Vordergrund als die intellektuelle Beeinträchtigung.

Der NINCDS – ARDA – Kriterienkatalog enthält im Gegensatz zu dem ICD- 10 und dem DSM-IV, Kriterien für eine *mögliche*, eine *wahrscheinliche* und eine *definitive* Alzheimer-Demenz. Mit einer klinischen Untersuchung kann nur eine wahrscheinliche Alzheimer-Demenz diagnostiziert werden, für eine definitive (gesicherte) Diagnose muss ein histopathologischer Befund vorliegen (McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price & Stadlan, 1984). Die Kriterien wurden aufgrund des Problems entwickelt, dass bei mehr als 20 % der klinischen Diagnosen einer Alzheimer-Demenz eine andere Demenzursache zugrunde lag (Schaub & Freyberger, 2005).

Auch wenn die letztgenannten Kriterien fortschrittlicher erscheinen, problematisch bleibt noch immer die ungenaue Operationalisierung der Befunde selbst (Schaub & Freyberger, 2005).

1.7.4. Verlauf der Alzheimer-Demenz

Der Verlauf der Krankheit ist grundsätzlich progressiv und die durchschnittliche Überlebensdauer des/der Patienten/in nach Ausbruch der Krankheit dauert circa fünf bis acht Jahre (Schmidtke, 2006). Meistens sind die Krankheitsverläufe sehr ähnlich, jedoch lassen sich auch Unterschiede zwischen den Patienten/innen finden. Zudem besteht eine Fluktuation der Symptome, die sogar manchmal stündlich von staten geht. Wie schon

bei den Diagnosekriterien des ICD-10 beschrieben, gibt es auch einen Unterschied im Verlauf, falls es sich um Alzheimer mit frühem oder spätem Beginn handelt (Brand & Markowitsch, 2005; Gutzmann & Zank; 2005)

1.7.5. Stadien einer Alzheimer-Demenz

Trotz dieser Unterschiede, gibt es Versuche den Verlauf einer Alzheimer-Demenz in Stadien einzuteilen. Anhand der Global Deterioration Scale (Reissberg Skalen) werden sieben Stadien unterschieden, anhand der Punktezahl des Mini-Mental-Status-Tests sind es drei. Eine leichte Alzheimer-Demenz wird zwischen 23 und 18 Punkten diagnostiziert, eine mittelschwere Alzheimer-Demenz im Bereich von 17 bis 13 Punkten und für eine schwere Alzheimer-Demenz ist ein Punktwert unter 13 hinweisgebend (Gutzmann & Zank, 2005). Diese Einteilung ist jedoch nicht einheitlich, so definiert Schmidtke (2006) das mittlere Stadium ab einem Punktwert von 20 und das spätere Stadium ab 10-12 Punkten.

In diesem Kapitel wird die üblichere Einteilung einer Alzheimer-Demenzerkrankung in drei Stadien, einschließlich des Vorstadiums dargestellt. Das *Vorstadium* bezeichnet den Zeitraum ehe die Bewältigung von Alltagsfähigkeiten beeinträchtigt ist. Es sind verschiedene Auffälligkeiten bemerkbar, wie zum Beispiel, dass neue Inhalte nicht gemerkt werden, sozialer Rückzug, Interessensverlust oder Schwierigkeiten bei komplexeren Tätigkeiten. Es besteht oft eine Überschneidung mit Depressionssymptomen (Ivemeyer & Zerfaß, 2002). Die Patienten/innen versuchen diese Defizite auszugleichen, so dass Beeinträchtigungen nur bei schwierigeren Aufgaben auffallen. Bereits Jahrzehnte ehe sich ein nach außen klinisches Bild zeigt, beginnt schon der neurologische Abbauprozess. So sind schon verschiedene der genannten Auffälligkeiten vorhanden, ehe eine Störung gemessen werden kann (Förstl, et al., 2001).

Im *leichten Demenzstadium* sind vor allem Probleme beim Lernen und beim Erinnern vorhanden, wobei das Neuzeitgedächtnis sehr stark betroffen ist, die anderen Formen des Gedächtnisses weniger. Kognitive Defizite machen sich nun auch bei alltäglichen Aufgaben bemerkbar (planvolles Handeln, organisatorisches Geschick, vernünftiges Urteilen). Auch wenn die Patienten/innen auf den ersten Blick noch keine Probleme mit dem Sprechen haben, nimmt ihr Wortschatz ab und die Sprache wird

ungenauer und weniger flüssig, selbst wenn die Patienten/innen oberflächlich noch einen guten Eindruck machen. Bei Zeichenaufgaben lassen sich konstruktive Schwierigkeiten finden. Die Betroffenen haben Störungen der räumlichen Orientierung, welches einen Einfluss auf ihr Fahrkönnen hat, da sie Distanzen und Fahrgeschwindigkeiten immer weniger einschätzen können. Die Patienten/innen sind meistens noch in der Lage selbstständig zu leben, bei schwierigeren organisatorischen Arbeiten sind sie jedoch auf Hilfe angewiesen. Bei den Patienten/innen herrschen öfters depressive Verstimmungen vor (Förstl et al., 2001).

Das *mittelschwere Demenzstadium* ist gewöhnlich drei Jahre nach Feststellen der Krankheit erreicht. Im Mini-Mental-Status-Test ist pro Jahr eine Verschlechterung von drei bis vier Punkten zu erwarten. Die Beeinträchtigung des Neugedächtnisses ist sehr hoch und Verminderungen des logischen Denkens, Planens und Handelns nehmen zu. Bei 10 bis 20 % der Patienten/innen kommt es zu einem Stillstand des Erkrankungsfortschrittes oder sogar zu einer leichten Verbesserung. Komplexere Handlungsabläufe gehen verloren und die räumliche Desorientierung nimmt zu. Die emotionale Kontrolle der Betroffenen leidet und es kommt zu einem ziel- und ruhelosen Herumwandern (Förstl et al., 2001)

Durchschnittlich sechs Jahre nach ihrer Diagnosestellung leiden die Betroffenen an einer *schweren Demenz*. Alle kognitiven Funktionen sind stark beeinträchtigt und neurologische Störungen können auftreten, frühe Erinnerungen sind kaum mehr abrufbar. Die Sprache ist sehr reduziert, jedoch werden emotionale Signale weiterhin wahrgenommen. Die Patienten/innen sind vollkommen abhängig von einer umfassenden Pflege und zeigen aggressive Reaktionen, sowie stereotype motorische Abläufe auf. Ihr Tages-Nacht-Rhythmus ist zu einem hohen Ausmaß gestört, die Patienten/innen sind häufig bettlägerig und benötigen intensive Unterstützung bei den einfachsten Handlungen (Förstl et al., 2001).

1.7.6. *Klinisches Bild*

Die Symptome einer Alzheimer-Demenz äussern sich auf kognitiver, körperlichen-neurologischer und psychiatrischer Ebene, sowie bei Erledigen alltäglicher Aktivitäten. In den folgenden Abschnitten sind die Bereiche dargestellt, die durch eine Alzheimer-Demenz laut Schmidtke (2006), sowie Schmidke und Hüll (2005) beeinträchtigt werden.

1.7.6.1. Kognitive Defizite

Folgende Kognitive Defizite beschreiben die Autoren als *Kernsymptomatik* der Alzheimer-Demenz:

1. *Gedächtnis*: Es muss auf jeden Fall eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses vorliegen. Wie schon oben beschrieben, ist zuerst das Neuzeitgedächtnis betroffen. Die Diagnose ist in Frage gestellt, falls dieses Symptom nicht vorliegt. Hinweise nützen Alzheimer-Demenz-Patienten/innen wenig bei dem Abruf von Informationen.

2. *Visuell-räumliches Denken*: Räumliche Bezüge werden nicht verstanden, die Topologie von Gegenständen nicht erschlossen und es findet kein Erkennen von Zeichen und Symbolen statt. Die Beeinträchtigungen des visuell-räumlichen Denkens äussern sich beim Ankleiden, Schreiben, Rechnen, Uhrenlesen und beim Reparieren und Einräumen von Gegenständen.

3. *Sprache*: Die Beeinträchtigung der Sprache bei einer Alzheimer-Demenz im frühen Stadium ist gekennzeichnet durch Schwierigkeiten im Benennen von Gegenständen und durch niedrige Testwerte bei Wortflüssigkeitsaufgaben. Im mittleren Stadium ist die Sprache zunehmend inhaltsarm und floskelhaft, jedoch noch immer flüssig und syntaktisch korrekt.

4. *Apraxie*: Im mittleren bis späten Stadiums einer Alzheimer-Demenz tritt eine Apraxie für manuelle Handlungen auf. Dadurch benötigen die Patienten Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen. Beeinträchtigungen der Handlungsplanung und des räumlichen Denkens überlagern oft eine Apraxie.

5. *Agnosie*: Die visuelle Agnosie ist ein weiteres, für die Alzheimer-Demenz charakteristisches Symptom, welches zu Defiziten des Erkennens von Bildern, Gegenständen und Personen führt.

Die fünf genannten kognitiven Defizite treten meistens in dieser Reihenfolge auf. Erst im mittleren Krankheitsstadium treten Apraxien und visuelle Agnosien auf. Weiters treten unspezifische Defizite wichtiger geistiger Leistungen, wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, Tempo des Denkens, Sprechens und Handelns, und Antrieb in Erscheinung.

1.7.6.2. Störung der Alltagsaktivitäten

Nach Kurz (2002) ist die Störung der Alltagsaktivitäten vom jeweiligen Schweregrad der Erkrankung des Patienten abhängig (s. auch Tabelle 1).

Die Betroffenen können schon in der Prädemenzphase alltägliche Tätigkeiten nicht mehr so problemlos ausführen wie vorher. Durch Kompensation und Verschleierung können diese Defizite jedoch überspielt werden.

Im frühen Demenzstadium hat die kognitive Beeinträchtigung der Patienten/innen bedeutendere Auswirkungen auf selbstständige Bewältigung des Alltags. Aktivitäten wie die Organisation eines Haushalts, das Verwalten der Finanzen oder Reisen können alleine nicht mehr bewältigt werden. Mehrheitlich können die Betroffenen ihrem Beruf nicht mehr nachgehen. Autofahren steht in Zusammenhang mit einer erhöhten Unfallgefahr. Mithilfe von Unterstützung ist es für die Patienten/innen noch möglich in der eigenen Wohnung zu leben.

Im mittleren Demenzstadium ist, falls keine dichte ambulante Versorgung vorhanden ist, die Unterbringung des/der Patient/in in einem Pflegeheim notwendig. Die Patienten/innen sind bei einfachen Alltagsaktivitäten auf Unterstützung angewiesen. Da die Patienten/innen nicht mehr die Fähigkeit haben, wichtige persönliche Anliegen (zum Beispiel Finanzverwaltung, Arztbesuche, Verfassen eines Testaments) selbst durchzuführen, wird meistens eine gesetzliche Betreuung errichtet.

Das späte Demenzstadium ist durch den Verlust von sehr grundlegenden Alltagskompetenzen, wie die Einnahme von Mahlzeiten, Benutzen der Toilette und sogar der Mobilität, gekennzeichnet. Die Patienten/innen sind in diesem Stadium von jeglicher Unterstützung durch andere Personen abhängig.

1.7.6.3. Körperlich-neurologische Symptome

Im Unterschied zu subkortikalen und symptomatischen Demenzkrankheiten, bleiben Alzheimer-Demenz-Patienten häufig bis weit in das mittlere Stadium sehr mobil und rüstig. Im frühen Stadium liegen keine körperlichen Beschwerden vor. Erst später treten Gangunsicherheit und Störungen beim Harnlassen auf.

1.7.6.4. Psychiatrische Begleitsymptome

Bereits bei einer leichten Alzheimer-Demenz können psychiatrische Begleitsymptome, wie Depression, Verwirrtheit und paranoid getöntes wahnhaftes Erleben auftreten.

2. Fähigkeiten bei einer Demenzerkrankung

Wahrgenommene Rechte eines Menschen stehen in direktem Zusammenhang mit der Wahrnehmung und dem Erfassen der Fähigkeiten dieses Menschen. Dieses Kapitel behandelt die Forschung auf dem Gebiet des Erfassens von Fähigkeiten von Patienten mit Demenz und stellt relevante Studien und Erkenntnisse dar.

2.1. Begriffsklärung Fähigkeiten

In der englischsprachigen Literatur werden zwei unterschiedliche Begriffe benutzt, um die (Leistungs-) Fähigkeit eines Menschen zu beschreiben, nämlich *competency* und *capacity*. Im deutschen Sprachraum lassen sich keine äquivalenten Bezeichnungen und damit keine genauen Definitionen finden, deshalb wird an dieser Stelle die Bedeutung der beiden Ausdrücke näher erläutert.

Beide Bezeichnungen werden auf Deutsch mit (Leistungs-) Fähigkeit übersetzt. Es ist abgegrenzt, wann welcher Begriff angewendet wird. Competency oder competence wird im juristischen Sinn benutzt, um zu beschreiben, ob jemand auf legaler Basis eine Handlung ausführen darf. Capacity hingegen, wird im medizinischen Bereich verwendet, um einen klinischen Status zu beschreiben (Maeck & Stoppe, 2008, Marson, 2001). Competency wird auch als Oberbegriff für beide Ausdrücke benützt (Maeck & Stoppe, 2008).

Jemand verfügt über Competency, wenn er fähig ist, bestimmte Entscheidungen zu treffen und bestimmte Handlungen auszuführen. Das Gesetz nimmt an, dass Erwachsene die Fähigkeit haben, Entscheidungen für sich selbst zu nehmen, bis das Gegenteil bewiesen ist (Marson, 2001). Appelbaum und Grisso (1988) nennen vier Fertigkeiten, welche bei einer Person vorhanden sein müssen, damit davon ausgegangen werden kann, dass diese in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Somit muss eine Person fähig sein, Entscheidungen mitzuteilen, wichtige Informationen zu verstehen, die Situation und ihre Folgen einzuschätzen, sowie Informationen rational verarbeiten zu können.

In dieser Arbeit wird Competency mit dem Begriff *Fähigkeiten* übersetzt und bezieht sich dabei immer auf die vorherigen Definitionen.

2.2. Entscheidungsfähigkeit

In diesem Kapitel werden Studien vorgestellt, die sich mit der Entscheidungsfähigkeit von Menschen mit Demenz beschäftigen.

Einige Studien kamen zu dem Ergebnis, dass schon Personen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung nicht mehr über die Fähigkeit verfügen, zu entscheiden, ob sie an einer medizinischen Behandlung teilnehmen (Moye, Karel, Azar und Gurrera; 2004; Okonkwo et al., 2007). Personen mit einer mittleren Alzheimer-Demenz und mit fehlendem Bewusstsein ihrer Symptome, Prognose oder Diagnose sind stärker betroffen (Karlavish, Casarett, James & Kim, 2005).

Fest steht auch, dass Menschen, bei denen der kognitive Abbau weit fortgeschritten ist, andere Entscheidungen treffen als gesunde Menschen. Ältere Personen, die eine kognitive Beeinträchtigung haben und die nicht in der Lage sind, Patientenverfügungen zu verfassen, haben, im Gegensatz zu gesunden Menschen, eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich für lebenserhaltende Behandlungen zu entscheiden. Das heißt also, dass ältere Menschen mit einem höheren Grad an kognitiver Beeinträchtigung dazu tendieren, sich für medizinische Eingriffe zu entscheiden (Fazel, Hope & Jacoby, 2000). Kim, Cox und Caine (2002) stellten fest, dass Personen mit Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit, im gleichen Ausmaß wie gesunde Personen Untersuchungen zu Forschungszwecken zustimmen. In beiden Gruppen nahm die Bereitschaft teilzunehmen ab, wenn das Risiko größer wurde. Jedoch stellten abnehmende Fähigkeiten, um Entscheidungen zu treffen einen Vorhersagefaktor für die abnehmende Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen dar. Stärker beeinträchtigte Personen, neigten also eher dazu, das Risiko in den Vordergrund zu stellen.

In einer Meta-Analyse über Studien zu der Entscheidungsfähigkeit von Menschen mit Demenz (Kim, Karlavish und Caine, 2002) wurde festgestellt, dass die Ergebnisse uneinheitlich sind. Es wurden in den verschiedenen Studien unterschiedliche Definitionen von Fähigkeiten und unterschiedliche Messinstrumente verwendet. Auch wenn viele Personen mit Demenz im Allgemeinen eingeschränkte Fähigkeiten haben, gibt es auch viele Personen, die fähig sind, ihre eigenen Entscheidung hinsichtlich medizinischen Behandlungen oder der Teilnahme an Behandlungen zu Forschungszwecken zu treffen. Durch eine Behandlung kann sogar, wenigstens im

Anfangsstadium einer Demenz, die Entscheidungsfähigkeit sogar noch verbessert werden.

Die meisten Patienten/innen mit leichter bis mittlerer Alzheimer-Demenz wollen an der Entscheidung, über eine medizinische Behandlung teilhaben (Hirschman, Joyce, James, Sharon & Karlawish, 2005).

Bezüglich der Fähigkeit an politischen Wahlen teilzunehmen, kamen Appelbaum, Bonnie und Karlawish (2005) zu dem Schluss, dass Patienten/innen mit leichter bis mittlerer Alzheimer-Demenz im Allgemeinen noch über diese Fähigkeit verfügen. Bei Menschen mit einer schweren Alzheimer-Demenz ist diese Fähigkeit jedoch nicht mehr erhalten. Menschen mit einer mittleren Alzheimer-Demenz wiesen unterschiedliche Leistungen auf. Der Wunsch, wählen zu wollen, war eine niedrige Vorhersagevariable für das Vorhandensein der Fähigkeit.

2.3. Wer bestimmt das Vorhandensein von Fähigkeiten?

Da die Diagnose einer kognitiven Beeinträchtigung einer Person einen hohen Einfluss auf ihre Rechte ausübt, ist es sehr wichtig, die Fähigkeiten der Person angemessen zu bestimmen (Marson, 2001), wobei zwischen Autonomie und Schutz abgewogen werden muss (Moye & Marson, 2007). Ob jemand fähig ist, Entscheidungen für sich selbst zu treffen, unterliegt eigentlich dem Verdikt eines Richters. Jedoch werden viele Urteile, ob jemand noch fähig ist, eine bestimmte Tätigkeit auszuführen oder nicht, außergerichtlich von Personen, die ältere Menschen betreuen, getroffen (Moye & Marson, 2007). Auch wenn Kliniker kein gerichtliches Urteil fällen können, so haben ihre Entscheidungen doch die gleiche Wirkung wie die Urteile aus einem Gerichtssaal (Appelbaum & Gutheil, 1991; zitiert nach Marson, 2001, S. 270).

Zudem übernehmen immer mehr Laien Entscheidungen für die betroffenen Personen, da die Anzahl der Menschen, die mit Personen mit der Diagnose Alzheimer-Demenz in Kontakt kommen, ständig zunimmt (Werner, 2006). Dadurch haben Laien und Personen, die Menschen mit einer Demenzerkrankung betreuen, einen großen Einfluss auf die Rechte und somit auch auf das Wohlbefinden und die Autonomie dieser Personen.

2.4. Schwierigkeiten bei der Bestimmung von Fähigkeiten

Auch wenn eindeutig bestätigt ist, dass bei Menschen mit einer Alzheimer-Demenz im Verlauf der Krankheit ein Verlust von Fähigkeiten auftritt, ist die Diagnose Alzheimer-Demenz nicht mit einem sofortigen Eintritt dieses Verlustes (Grisso, 1986; zitiert nach Werner, 2006, S. 674) verbunden. Falls jedoch Anzeichen auftreten, dass ein/e Alzheimer-Demenz Patient/in kognitiv beeinträchtigt ist, ist es sowohl für Personen aus dem medizinischen Bereich als auch für Juristen/innen schwierig, eine Person für „fähig“ oder „unfähig“ zu erklären (Maeck & Stoppe, 2008).

In einer Studie von Marson, McInturff, Hawkins, Bartolucci und Harrel (1997) in der fünf, auf die Erhebung von Fähigkeiten spezialisierte Ärzte/innen, die Fähigkeiten von Alzheimer-Demenz Patienten/innen erhoben, wurde nur zu 56 % eine Übereinstimmung zwischen den Urteilen gefunden. Standardisierte diagnostische Tests würden zu genaueren Schlussfolgerungen kommen, jedoch sind auch diese noch nicht zuverlässig und es wird weitere Forschung auf dem Gebiet benötigt (Moye et al., 2004; Moye & Marson, 2007). Zum Beispiel stellte sich in einer Studie heraus, dass der in Abschnitt 1.5.1. beschriebene Mini-Mental-Status-Test, die Leistungsfähigkeit von Patienten/innen mit einer leichten bis mittleren Demenz nicht sehr genau unterscheiden konnte (Kim & Caine, 2002).

Weiters machen *multiple Fähigkeiten* die Bestimmung der kognitiven Fähigkeiten und die Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung einer Person mit einer Demenzerkrankung problematisch (Marson et al, 1994). Es gibt nicht nur eine Art von Fähigkeiten, sondern viele verschiedene, zum Beispiel Autofahren, Entscheidungen zu medizinischen Behandlungen treffen oder den Alltag bewältigen (Marson, 2001). Die verschiedenen Fähigkeiten können in *generelle* und *spezifische Fähigkeiten* unterteilt werden. Ersteres umfasst die allgemeine Fähigkeit, sein Leben selbstständig zu führen und letzteres, die Fähigkeit, spezifische Tätigkeiten auszuüben (Appelbaum & Gutheil, 1981 zitiert nach Marson et al., 1994, S. 8).

Lange Zeit wurde global geurteilt, ob eine Person für sich selbst entscheiden und bestimmte Handlungen ausführen kann. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass eine Person über eingeschränkte Fähigkeiten (*limited competency*) verfügen kann. Dies bedeutet, dass sie einerseits die Fähigkeiten besitzt, bestimmte Handlungen auszuführen,

aber andererseits zur Ausführung einer anderen Art von Handlungen nicht in der Lage ist (Marson, 2001).

2.5. Einschätzung und Wahrnehmung von den Fähigkeiten von Menschen mit Demenz

Aus dem vorherigen Kapitel lässt sich schließen, dass das Erfassen von Fähigkeiten eines Menschen eine komplexe Aufgabe ist. Aus den getroffenen Erkenntnissen heraus, dass es oft die Personen sind, die Menschen mit Demenz betreuen, die die Entscheidungen für die betroffenen Menschen treffen, ist es wichtig deren Einstellungen zu kennen. Hirschman, Joyce, James, Xie & Karlawish (2005) kamen zu dem Ergebnis, dass 70 Prozent der Personen, die jemanden pflegen, ihn/sie an der Entscheidung für eine Teilnahme an einer Behandlung, die Alzheimer-Demenz verlangsamt, teilhaben lassen. Dabei wurde bei der Hälfte der Patienten/innen, die in die Entscheidung mit einbezogen werden würden, festgestellt, dass sie nicht die Fähigkeiten hatten, an der Entscheidung teilzunehmen. In einer ähnlichen Studie von Hirschman, Joyce, James, Xie, Casarett und Karlawish (2005) bejahte fast die Hälfte der Teilnehmer/innen die Frage, ob sie ihre/n Verwandte/n, die/der an Demenz erkrankt ist, an der Entscheidung teilnehmen lassen würden. Der/Die Verwandte würde eher in eine Entscheidung miteinbezogen werden, wenn die Krankheit noch nicht so weit fortgeschritten ist, wenn die pflegende Person weiblich ist und wenn die pflegende Person und der/die Patient/in ein Ehepaar sind. Bei den Pflegenden, die den Verwandten in die Entscheidung mit einbeziehen wollen, sagte die Mehrheit, dass sie bei einer Nichteinstimmigkeit die Meinung des/der Patienten/in umsetzen würden. Männer gaben weniger häufig als Frauen an, dass Nichteinstimmigkeiten zu Gunsten des/der Patienten/in entschieden werden. Auch Karlawish, Casarett, Klocinski und Sankar (2001) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass eine pflegende Person, die den/die Patienten/in für eine klinische Studie anmeldet, den/die Patienten/in meistens in die Entscheidung mit einbezieht und der/die Patient/in die Entscheidung unterstützt.

In einer Langzeitstudie von Hirschman, Xie, Feudtner & Karlawish (2004) wurde festgestellt, dass wenn der Schweregrad der Demenz einen Wert des Mini-Mental-Status-Tests von 20 unterschreitet, der Grad der vom Pflegenden berichteten Beteiligung des/der Patienten/in abnimmt.

In Werners Studie von 2006 wurden Laien auf dem Gebiet von Demenzerkrankungen gebeten, die Fähigkeiten einer, anhand von einer Vignette beschriebener Person zu beurteilen. Die Mehrheit der Versuchspersonen war der Meinung, dass die Person in der Vignette nicht in der Lage ist, Auto zu fahren (89,8 %), finanzielle Entscheidungen zu treffen (80,7%), alleine mit dem Bus zu fahren (70,2%) und alleine eine Tasse Tee zuzubereiten (68,5%). 39,5 % der Versuchspersonen gaben an, dass sie die beschriebene Person als nicht fähig einschätzten, Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen, zu treffen. 23,5 % Personen glaubten, dass die beschriebene Person nicht in der Lage ist, sich ihre Kleidung selbst auszusuchen.

Es muss kritisch angemerkt werden, dass in dieser Studie zwei Versuchsgruppen befragt wurden, die unterschiedliche Vignetten erhielten. Einmal wurde eine Person mit leichterem Alzheimer-Demenz beschrieben und einmal eine Person mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz. Anschließend wurden die Ergebnisse beider Stichproben summiert und somit spiegelt sich in den Ergebnissen kein Unterschied zwischen Menschen mit verschiedenen Alzheimer-Demenz-Stadien wider.

Bezüglich der Wahrnehmung von Fähigkeiten von Menschen mit Alzheimer-Demenz führte Werner (2007) eine zweite Studie durch, in der sie Hausärzte telefonisch interviewte. Die wahrgenommenen Fähigkeiten wurden faktorenanalytisch analysiert, dabei wurden zwei Faktoren gefunden, die 50,7% der Varianz erklärten. Die Faktoren unterscheiden sich insofern, als dass der eine Faktor Items enthält, die die Sicherheit der beschriebenen Person gefährden könnten und der andere nicht. Innerhalb des Faktors, der sich auf die Sicherheit bezieht, wurde die beschriebene Person als signifikant unfähiger angesehen.

3. Rechte von Menschen mit Demenz

In Luxemburg gibt es bezüglich Personen mit Demenz viele Gebiete und Aspekte, die nicht gesetzlich geregelt sind. Der einzige gesetzliche Schutz besteht in der gerichtlichen Schutzbetreuung, der Pflegschaft und der Vormundschaft. Diese beschäftigen sich mit der Vormundschaft des Eigentums der betroffenen pflegebedürftigen Person und im Gegensatz zu anderen Ländern, bestehen keine Rechte, die sich mit der Autonomie und dem Wohlbefinden der Personen mit Demenz auseinandersetzen. Nicht nur in Luxemburg, sondern in vielen europäischen Ländern gibt es einige Schwachstellen im gesetzlichen Schutz der Menschenrechte von Personen mit Demenz oder einer anderen intellektuellen Beeinträchtigung (Alzheimer Europe, 2001; Association Luxembourg Alzheimer, 2001; Kerschen, 2006).

Aus diesem Grund wurden in Europa, von den vereinten Nationen und auch in einzelnen Ländern verschiedene Richtlinien für den Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung publiziert. Die von Alzheimer Europe (2001) herausgegebenen „Recommendations on how to improve the legal rights and protection of adults with incapacity due to dementia“ für 23 europäische Länder, haben sich die Sicherung der Menschenrechte zum Ziel gesetzt. In Deutschland wurde die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006) publiziert, die als Intention hat, die Rechtstellung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu stärken, und als Information und Anregung bei der Unterstützung und Pflege dient. Auch von Relevanz, da von Frankreich, einem weiteren Nachbarland Luxemburgs, herausgegeben, ist die „Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante“ (Fondation Nationale de Gérontologie, 1997), welche sich auf abhängige ältere Menschen bezieht. Am 3. Mai 2008 trat die „Convention of the Rights of Persons with Disabilities“ (United Nations) in Kraft, welche von Luxemburg unterschrieben wurde, aber noch nicht ratifiziert ist. Die Ziele des Abkommen sind „to promote, protect and ensure the full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms of persons with disabilities, and to promote respect for their inherent dignity“.

In den Chartas werden folgende wichtige Lebensbereiche von Menschen mit Demenz behandelt:

1. Selbstbestimmung
2. Wahl des Lebensortes
3. Gesellschaftliches Leben
4. Freunde und Familie
5. Privatsphäre
6. Religion, Kultur und Weltanschauung
7. Pflege, Betreuung und Behandlung
8. Palliative Begleitung, Sterben und Tod
9. Information, Beratung und Aufklärung
10. Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
11. Steuern eines Fahrzeugs

4. Stigma

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff Stigma definiert und die Stigmaforschung näher beleuchtet. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Stigmakonzept von Corrigan (2000). Eine Komponente des Stigmakonzepts, die Diskriminierung, wird dabei ausführlicher behandelt.

4.1. Begriffsklärung

Der Begriff *Stigma* stammt aus dem Griechischen und wurde verwendet, um ein körperliches Zeichen, das einem Sklaven oder einem Verräter in den Körper geschnitten oder gebrannt wurde, zu benennen. Anhand des Zeichens wurde für die Öffentlichkeit sichtbar, dass der Träger eine Person ist, die gemieden werden sollte (Goffman, 1994).

In der Forschung wird die Bezeichnung Stigma verwendet, wie sie von Goffman (1994), auf den die Stigmaforschung zurückgeht, beschrieben wurde:

Während der Fremde vor uns anwesend ist, kann es evident werden, daß er eine Eigenschaft besitzt, die ihn von anderen in der Personenkategorie, die für ihn zur Verfügung steht, unterscheidet; und diese Eigenschaft kann von weniger wünschenswerter Art sein. . . . In unserer Vorstellung wird sie [die Person] so von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert. Ein solches Attribut ist ein Stigma, besonders dann, wenn seine diskreditierende Wirkung sehr extensiv ist; manchmal wird es auch ein Fehler genannt, eine Unzulänglichkeit, ein Handikap (S. 10-11).

Stigmatisierende Attribute können sichtbar oder unsichtbar sein, kontrollierbar oder unkontrollierbar und in Zusammenhang mit dem Erscheinungsbild, dem Verhalten oder einer Gruppenzugehörigkeit stehen. Stigma ist beziehungs- und kontextabhängig und befindet sich somit nicht innerhalb einer Person, sondern in einem sozialen Kontext (Major & O'Brien, 2005).

Es kann zwischen öffentlichem und Selbst-Stigma unterschieden werden. Ersteres bezeichnet, wie die Öffentlichkeit bestimmte Personengruppen stigmatisiert, letzteres den Verlust des Selbstbewusstseins und der Selbstwirksamkeitserwartung, den einige

Personen, auch als Resultat einer Verinnerlichung vom öffentlichen Stigma, erleben (s. Folgen von Stigma, Kapitel 4.6) (Corrigan et al., 2003; Rüsch et al., 2005).

Da auf vielen Gebieten zur Stigmatisierung geforscht wird, gibt es mittlerweile zahlreiche verschiedene Konzepte und Annahmen über Stigma. Im folgenden Abschnitt wird ein sozial kognitives Stigmakonzept behandelt, dass sich mit öffentlicher Stigmatisierung befasst.

4.2. Das Stigmakonzept von Corrigan (2000)

Neben dem Stigmakonzept von Link und Phelan (2001), das eher soziologische Aspekte behandelt, hat das Konzept von Corrigan (2000) in der Forschung über die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen die größte Bedeutung (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Über die Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer Demenz bestehen nur einige wenige Studien (Werner, 2005; 2006; 2007; Werner & Davidson, 2004), welche in Israel durchgeführt wurden, und sich an Corrigans Stigmakonzept anlehnen. Das Modell behandelt öffentliches Stigma und berücksichtigt sozial kognitive Theorien, die das Entstehen von Stigma erklären. Laut dem Paradigma der sozialen Kognitionen kann Stigma durch die Identifikation der Kognitionen, die zwischen der Beziehung von diskriminativen Stimuli und Verhalten vermitteln, erklärt werden (Corrigan, 2000).

Diskriminative Stimuli sind Signale oder Hinweise auf eine psychische Störung. Die Symptome, Defizite bei den Fähigkeiten oder die Erscheinung eines Menschen, können einen Hinweis geben, dass er psychisch krank ist. Eine Person kann jedoch auch das Label haben, psychisch krank zu sein, ohne dass Symptome vorhanden sind. Die *kognitiven Mediatoren* sind Stereotypen und Einstellungen über psychische Störungen. Zu Menschen mit psychischen Störungen haben sich in Studien drei stereotype Einstellungen herauskristallisiert. Eine Einstellung ist *Authoritarianismus*. Dies ist die Überzeugung, dass Menschen mit psychischen Störungen einer „niedrigeren Klasse“ als gesunde Menschen angehören und deshalb Zwänge auferlegt bekommen können. Eine andere Einstellung wäre, dass Menschen mit psychischen Störungen gefährlich sind, was zu dem Wunsch führt, diese Personen von der Gesellschaft zu distanzieren. Es kann jedoch auch ein Wohlwollen, das Eltern ihren Kindern entgegenbringen, vorherrschen.

Das *Verhalten* äussert sich in Diskriminierung, auf die in Kapitel 4.2.4. noch näher eingegangen wird (Corrigan, 2000).

Öffentliche Stigmatisierung besteht aus den Komponenten Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung (s. Tabelle 3) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003; Fiske, 1998, Rüsch et al., 2005).

Tabelle 3 *Komponenten öffentlicher Stigmatisierung* (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005)

<p>Stereotyp:</p> <p>Negative Überzeugungen über eine Gruppe wie zum Beispiel Unfähigkeit, Charakterschwäche, Gefährlichkeit</p>
<p>Vorurteile:</p> <p>Zustimmung zu negativen Überzeugungen und / oder negative emotionale Reaktionen wie zum Beispiel Wut oder Angst</p>
<p>Diskriminierung:</p> <p>Verhaltensfolge von Vorurteilen wie zum Beispiel Verweigern von Arbeits- und Wohnmöglichkeiten, Unterlassene Unterstützung</p>

Diese Dreiteilung spiegelt auch die in der Psychologie übliche Einteilung in eine kognitive, affektive und Verhaltenskomponente wider (Ottati, V. Bodenhausen & Newman, 2005).

Stereotypisierung, Vorurteile und Diskriminierung sind oft kausal verbunden, das bedeutet, dass jede einzelne der drei Komponenten, die beiden anderen Komponenten beeinflussen kann. Vorurteile können jedoch Diskriminierung um einiges besser vorhersagen als Stereotype (Fiske, 1998, Ottati et al., 2005). Vorurteile und Stereotype sind schwierig zu ändern, sehr stabil und überbetonen die Unterschiede zwischen der eigenen Gruppe und Außengruppen (Herkner, 2001).

Stereotype und Vorurteile sind zwar eine notwendige Voraussetzung für Stigma, allein jedoch nicht ausreichend. Stigmatisierung kann nur im Rahmen von sozialer, ökonomischer und politischer Macht entstehen (Rüsch et al, 2005). Diese Arbeit wird sich jedoch nur auf die psychologischen Aspekte (Labeling, Vorurteile, Stereotype und Diskriminierung) beziehen, welche in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben werden.

4.2.1. Label

Laut der *Labelingtheorie* sind Personen die als psychisch krank bezeichnet werden oder die das Label „psychisch Kranke/r“ tragen, Opfer von Stigma und Diskriminierung (z. Bsp. Angermeyer et al., 2003). Es besteht jedoch auch die Theorie, dass das abweichende Verhalten einer Person und nicht ihr Label Diskriminierung auslöst (Corrigan, 2000). Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987, sowie Link, Cullen, Struening, Shrout und Dohrenwend, 1989 (zitiert nach Corrigan, 2000, S. 50) schlugen eine veränderte Labelingtheorie vor, die besagt, dass obwohl ein psychiatrisches Label nicht zu einer psychischen Störung führt, das Label sicherlich mit negativen gesellschaftlichen Reaktionen behaftet ist und diese Tatsache den Verlauf der Störung der Person verschlimmert.

Jedoch führen nicht alle Labels notgedrungen zu Stigma, sondern auch zu Mitgefühl und der Bereitschaft, die betroffenen Personen zu unterstützen. Wadley und Haley (2001) konnten nachweisen, dass eine in einer Vignette beschriebene Person mit unangemessenem Verhalten mehr Mitgefühl, weniger Schuldzuweisung und eine größere Bereitschaft ihr zu helfen, auslöst, wenn sie das Label „Alzheimer Demenz“ oder in einem geringeren Ausmaß, das Label „Major Depression“, als kein Label hat. Begründet werden diese Ergebnisse durch die Attributionstheorie (s. Kapitel 4.8.1.), die besagt, dass eine Person, welche als nicht selbst verantwortlich für ihr Leiden wahrgenommen wird, positiver bewertet wird und mehr Unterstützung erhält (Weiner, Perry & Magnusson, 1988).

Jedoch wird nicht immer sofort erkannt, dass eine Person an Alzheimer Demenz leidet. In einer Studie von Werner und Davidson (2004) wurden die Versuchspersonen gebeten, die Störung einer in einer Vignette beschriebenen Person mit Alzheimer zu benennen. Ihnen wurde nur das Verhalten beschrieben, nicht aber die Diagnose. Nur 38 % der befragten Personen, waren der Meinung, dass die beschriebene Person Demenz oder Alzheimer Demenz hat. Somit kann davon ausgegangen werden, dass das Verhalten von Menschen mit Alzheimer-Demenz nicht immer auf ihre Krankheit zurückgeführt wird.

4.2.2. *Stereotype*

Der Stereotyp einer Gruppe von Personen wird als die kognitive Repräsentation im Gedächtnis anderer Personen definiert. Diese kognitive Repräsentation beinhaltet, im Sinne einer Übergeneralisation, die Vorstellung, dass Personen einer Gruppe bestimmte Eigenschaften besitzen und sich in bestimmter Weise verhalten (Herkner, 2001, Ottati et al., 2005). Diese Wissensstrukturen sind den meisten Mitgliedern einer sozialen Gruppe bekannt und sind damit eine effiziente Möglichkeit, um Informationen über verschiedene soziale Gruppen zu kategorisieren (Rüsch et al., 2005). Stereotype haben eine primär kognitive Ursache, vermutlich liegt ihre Funktion darin, eine komplexe Welt zu vereinfachen und überschaubarer zu machen. Allerdings hängt nur die Struktur von Stereotypen von kognitiven Prozessen ab, ihr Inhalt ist sowohl von kognitiven als auch Motivationsprozessen bestimmt (Herkner, 2001). Wenn man einen Stereotyp kennt, bedeutet dies jedoch noch nicht automatisch, dass man die gleichen Überzeugungen über die jeweilige Personengruppe hat (Corrigan, Backs Edwards, Green, Lickey Diwan & Penn, 2001). Unser Wissen über eine bestimmte Gruppe setzt sich oft nicht nur aus dem Prototyp, also dem Kategoriesterotyp, sondern auch aus dem Wissen über einzelne Mitglieder der Gruppe zusammen (Messick & Mackie, 1989, zitiert nach Herkner, 2001, S. 493). Die eigene Lerngeschichte bestimmt, ob die Wahrnehmung einer Gruppe vom Prototypen oder einzelnen Individuen bestimmt wird. So werden die Individuen einer Außengruppe weniger stereotypisch wahrgenommen, wenn man zuerst einzelne Personen der Gruppe kennen lernt. Lernt man den Stereotyp früher als die Individuen kennen, dann wird die Einstellung zur Gruppe von dem Stereotyp bestimmt (Herkner, 2001).

4.2.3. *Vorurteile*

Vorurteile entstehen, wenn einem Stereotyp zugestimmt und emotional auf eine soziale Gruppe reagiert wird (Corrigan et al., 2001, Fiske, 1998). Laut Herkner (2001, S. 493) sind Vorurteile „Einstellungen, deren Objekte Außengruppen oder – als Spezialfall von Außengruppen – Minoritäten sind. Dabei handelt es sich in der Regel um negative, abwertende Einstellungen.“ Vorurteile entstehen durch Motivationsprozesse und beziehen sich auf negative affektive Reaktionen, Bewertungen oder Einstellungen gegenüber diesen Personen (Herkner, 2001; Ottati et al., 2005).

4.2.4. Diskriminierung

Diskriminierung ist die Folge von Vorurteilen, welche sich in Handlungen äußert und sich in negativem Verhalten gegenüber Personen einer bestimmten Gruppe niederschlägt (Ottati et al., 2005; Rüsch et al., 2005). Laut verschiedenen Untersuchungen hängt Diskriminierung zum einen mit emotionalen Reaktionen und zum anderem mit der Einschätzung der Gefährdung für die Person selbst, sowie für andere zusammen (Angermeyer et al., 2003; Corrigan et al., 2003). Die Vereinten Nationen (2008, S. 4) definieren Diskriminierung im Rahmen der „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ wie folgt:

“Discrimination on the basis of disability” means any distinction, exclusion or restriction on the basis of disability which has the purpose or effect of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise, on an equal basis with others, of all human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social, cultural, civil or any other field. It includes all forms of discrimination, including denial of reasonable accomodation.

Aus dieser Definition geht hervor, dass Diskriminierung auf verschiedene Art und Weise stattfinden kann. Nach Corrigan et al. (2003) äußert sich Diskriminierung bei Menschen mit psychischen Störungen unter anderem, indem ihnen eine ambulante oder stationäre Behandlung aufgezwungen wird. Eine weitere Form von Diskriminierung ist, psychisch kranke Menschen getrennt von ihrem Umfeld, in Institutionen, zu behandeln (Corrigan et al., 2003). Andere Beispiele wären das Verweigern von Arbeits- und Wohnmöglichkeiten (Rüsch et al., 2005).

Bei Menschen mit Demenz hingegen, besteht die Gefahr einer Diskriminierung unter anderem durch Misshandlung und Vernachlässigung durch Pflegekräfte. Mehrheitlich treten dabei psychische Misshandlung/verbale Aggression, sowie pflegerische und soziale Vernachlässigung auf (Rabold & Görden, 2007).

Ein spezieller Aspekt der Diskriminierung, welche sowohl Menschen mit psychischen Störungen als auch mit Demenzerkrankungen treffen kann, ist die *soziale Distanz*. Soziale Distanz wird von Bogardus (1933) wie folgt definiert: “Social distance means the different degrees of sympathetic understanding that exist between persons”. Der Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber einer Person bedeutet, dass man nicht mit

ihr interagieren möchte (Corrigan et al., 2003). Nach Güttler (2003) werden besonders soziale Gruppen abgelehnt, die wichtigen Wertvorstellungen nicht gerecht werden und/oder Leistungsstandards bzw. die Arbeitsproduktivität nicht erfüllen. Damit handelt es sich vor allem um Menschen mit psychischen Störungen, intellektueller Behinderung oder Suchtproblemen.

Bogardus stellte 1933 eine Skala (*Bogardus-Skala*) vor, mit der soziale Distanz gemessen werden kann. Die Skala enthält sieben Items, deren Grad der sozialen Distanz aufsteigend ist. So lautet das erste Item, welches keine hohe Distanz darstellt, „Would marry“ und das letzte Item, das eine sehr hohe soziale Distanz widerspiegelt, „Would have live outside my country“. Bogardus schlug vor, mit dieser Skala die Einstellung zu Menschen verschiedener Religionen, „Rassen“ und Berufsgruppen zu erfassen.

Offene Diskriminierung gegen eine Person wird in der aktuellen Forschung häufig in Form von sozialer Distanz gemessen. Dabei wird meistens die Bogardus-Skala, in umgewandelter Form, verwendet. Die Items werden der Personengruppe, auf die sich die Studie bezieht, angepasst (Angermeyer et al., 2003; Angermeyer & Matschinger, 2005; Corrigan et al., 2001, 2003; Link et al., 1999; Werner, 2005, 2006).

Bei Fragen zur sozialen Distanz zu Menschen mit Alzheimer Demenz wurde auf einer umgeänderten Form der Bogardus-Skala ein mittlerer Wert gefunden. Es wurde eine höhere soziale Distanz für die Fragen erfasst, ob die Versuchsteilnehmer/innen einen Abend mit der Person verbringen möchten und sich anfreunden wollen. Niedriger war der Wert bei den Fragen, ob die Versuchspersonen in der Umgebung von der Person mit Alzheimer Demenz leben möchten und ob sie der Heirat des eigenen Kindes mit dem Kind der beschriebenen Person zustimmen würden (Werner, 2005).

4.3. Wahrnehmung und Stigmatisierung von älteren Menschen

Die Kategorien Alter, Geschlecht und Ethnizität werden zu den grundlegenden sozialen Wahrnehmungskategorien gezählt. Die Dimensionen „Geschlecht“ und „Ethnizität“ unterscheiden sich jedoch in zwei Punkten von der Kategorie „Alter“: Erstens wird jeder Mensch irgendwann einmal der Gruppe der „Alten“ angehören. Wie wir ältere Menschen wahrnehmen, deutet also darauf hin, wie wir uns selbst als ältere Menschen wahrnehmen werden. Zweitens werden Vorurteile aufgrund des Geschlechts

oder der Ethnizität in der Gesellschaft nicht akzeptiert. Vorurteile gegenüber älteren Menschen hingegen werden toleriert (Krings & Kluge, 2008).

Ageism oder Altersvorurteile „werden gewöhnlich als negative Einstellungen gegenüber der Gruppe der älteren Menschen und als die differentielle Assoziation von negativen Eigenschaften mit älteren Menschen definiert. Altersvorurteile sind also eng mit Altersstereotypen verknüpft, d.h. mit vereinfachenden und verallgemeinernden Vorstellungen über Eigenschaften der Gruppe der Älteren“ (Krings & Kluge, 2008, S. 131).

Dass es Altersvorurteile gibt, ist bestätigt, jedoch sind sie sehr komplex und multidimensional. Sie können neben den negativen auch positive Elemente beinhalten (Kite, Stockdale, Whitley & Johnson, 2005). Jolley und Benbow (2000) meinen, dass Alter an sich nicht stigmatisierend ist, sondern dass Alter gefürchtet und verschmäht wird, wenn es mit Armut, Gebrechlichkeit und einem sich verschlechterndem Gedächtnis gekoppelt ist.

Kite et al. (2005) konnten feststellen, dass eine Person umso negativer stereotypisiert und mehr Altersvorurteilen ausgesetzt ist, je älter sie ist. Das Alter des/der Beurteilers/in hat dabei einen Einfluss auf die Einstellung. Personen mittleren Alters haben eine negativere Einstellung gegenüber Älteren, als jüngere oder ältere Menschen. Jedoch auch ältere Beurteiler haben Altersvorurteile, wenn auch weniger als die Jüngeren. Dass Menschen mittleren Alters eine negativere Einstellung haben als Jüngere, könnte daran liegen, dass sie sich deutlicher mit dem Altwerden auseinandersetzen müssen als Jüngere und sich deswegen stärker von der Gruppe der Älteren unterscheiden wollen (Krings & Kluge, 2008).

4.4. Unterschiede in der Stigmatisierung von Männern und Frauen

Es bestehen Unterschiede in der Wahrnehmung von älteren Männern und Frauen. Älteren Männern wird eine höhere intellektuelle Kompetenz und Autonomie, älteren Frauen hingegen eine höhere Fürsorge zugeschrieben (Canetto, Kaminski & Felicio, 1995). Fiske, Cuddy, Glick & Xu (2002) untersuchten das Stereotype-Content-Modell welches die zwei Stereotypdimensionen Wärme und Kompetenz beinhaltet. In der Studie wurden ältere Personen als inkompetent wahrgenommen, jedoch hinsichtlich der

Wärme hoch eingeschätzt. Frauen erzielten hinsichtlich der Wärme höhere Werte und bei den Fähigkeiten niedrigere Werte als Männer.

Auch ältere Frauen und Männer mit der gleichen Erkrankung lösen unterschiedliche Reaktionen aus. Eine Untersuchung zur Einstellung zu Eltern mit Demenz bzw. Depression (Wadley & Haley, 2001) konnte zeigen, dass selbst dann, wenn das entgegengebrachte Mitgefühl gleich groß ist, Väter mehr Wut hervorrufen als Mütter. Müttern wurde weniger Verantwortlichkeit für ihr Verhalten zugeschrieben, die Bereitschaft zur Unterstützung war bei beiden Geschlechtern gleich.

Außerdem werden Frauen früher als Männer zu der Gruppe der Älteren gezählt. Dadurch ergibt sich das Phänomen des *Double Standard of Ageing*, das beschreibt, dass Frauen gegenüber Männern früher als alt gelten und somit auch früher negative Bewertungen bezüglich ihrer Fähigkeiten erhalten (Krings & Kluge, 2008).

Angermeyer, Matschinger und Holzinger (1998) untersuchten soziale Distanz bei Menschen mit Schizophrenie und konnten feststellen, dass bei Menschen mit dieser Störung die soziale Distanz Männern gegenüber größer ist als bei Frauen.

4.5. Gefahr der Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz

Viele Personen gehen davon aus, dass sie, falls eine Demenzerkrankung bei ihnen diagnostiziert werden würde, von ihrer Umgebung anders wahrgenommen werden würden (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000). Damit überein stimmt das Ergebnis einer Umfrage von De Mendonça et al. (2003) wonach Stigmatisierung von Menschen mit Demenz im Gesundheitswesen und in der allgemeinen Öffentlichkeit vorhanden ist.

Laut der World Psychiatric Association und der Weltgesundheitsorganisation (Graham et al., 2003) sind ältere Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung aufgrund ihres Alters und ihrer Erkrankung einer doppelten Gefahr ausgesetzt, stigmatisiert zu werden. Wie in Kapitel 4.4. beschrieben, sind Frauen sogar einem dreifachen Risiko der Stigmatisierung ausgesetzt, da sie zusätzlich aufgrund ihres Geschlechtes anders bewertet werden könnten als Männer. Da im 3. und 4. Alter die Frauen den Männern gegenüber in der Mehrzahl sind, könnte in dem Alter die Geschlechterdiskriminierung von größerer Bedeutung als in einem jüngeren Alter sein (Graham et al., 2003). Eine Demenzerkrankung ist aufgrund ihrer Symptome, wie unter

anderem geistige Verwirrtheit, mangelhafte Eigenpflege und Inkontinenz mit Stigma behaftet. Wegen des Gedächtnisverlustes der Betroffenen könnten ihre kulturellen, religiösen und persönlichen Wünsche von den Aussenstehenden ignoriert werden. Negative Einstellungen führen zur Diskriminierung (s. auch Kapitel 4.2.4.), unter anderem von Seiten der öffentlichen Ordnung (zum Beispiel Mangel an legislativem Schutz), im zwischenmenschlichen Bereich (beispielsweise Abwendung von den Betroffenen), sowie vom Gesundheitswesen (zum Beispiel schlechte medizinische Behandlung und Pflege). Die Diskriminierung richtet sich gegen die Betroffenen einer Demenzerkrankung, ihre Familie und gegen die, die sie betreuen und pflegen (Graham et al., 2003).

4.6. Folgen von Stigmatisierung

Da Stigmatisierung aus vielfältigen Gründen einen negativen Einfluss auf das Leben von Menschen mit Demenz hat, ist es von großer Bedeutung, Stigmatisierung zu analysieren, um sie zu verhindern. Stigmatisierung von Menschen mit Demenz führt dazu, dass sich negative soziale Repräsentationen und Einstellungen zu dieser Gruppe von Menschen entwickeln. Diese führen wiederum zu Diskriminierung (Graham et al., 2003). Soziale Repräsentationen und Diskriminierung üben einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Selbstwahrnehmung von Menschen mit Alzheimer-Demenz aus. Dadurch werden niedriges Selbstbewusstsein und Emotionen, wie unter anderem Frustration, Versagensängste, Wertlosigkeit, Hilflosigkeit, Resignation, Aggression und Wut ausgelöst. Weiters kann Stigmatisierung auch einen Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen haben und psychosomatische Beschwerden auslösen (Stechl, Lämmle, Steinhagen-Thiessen & Flick, 2007; Major & O'Brian, 2005).

4.7. Der Zusammenhang von wahrgenommenen Fähigkeiten und Diskriminierung

Sowohl bei Menschen mit einer psychischen Störung, als auch bei Menschen mit Alzheimer-Demenz besteht ein Zusammenhang in der Wahrnehmung ihrer Fähigkeiten und ob sie diskriminiert werden. Werner (2006) konnte nachweisen, dass die Wahrnehmung von Fähigkeiten einen großen Einfluss auf die Stigmatisierung und Diskriminierung einer Person mit Alzheimer-Demenz hat. Bei Menschen mit einer

psychischen Störung wird eine medizinische Zwangsbehandlung befürwortet, wenn die Personen niedrig hinsichtlich ihrer Fähigkeiten eingeschätzt werden (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve & Kikuzawa, 1999).

4.8. Einflussfaktoren auf Stigma und die Wahrnehmung von Fähigkeiten

Wie das Stigma selbst (s. Kapitel 4.2.) sind die Einflussfaktoren auf die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen sehr viel ausführlicher untersucht worden als die Einflussfaktoren auf die Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz. Da die Studien zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen einen Anhaltspunkt liefern für die Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz, werden in den folgenden Kapiteln sowohl diese Ergebnisse, als auch die Ergebnisse von den wenigen Studien, die sich auf Menschen mit Alzheimer-Demenz beziehen, vorgestellt. Die Einflüsse von Attribution, wahrgenommener Gefährlichkeit, Emotionen, Vertrautheit mit der Krankheit und soziodemographischen Variablen auf wahrgenommene Fähigkeiten und Diskriminierung in Form von sozialer Distanz werden in den folgenden Abschnitten beleuchtet. Da auch Zusammenhänge der genannten Variablen untereinander bestehen, werden diese ebenfalls dargestellt.

4.8.1. Verantwortlichkeit und Kontrollierbarkeit

Mehrere Studien haben Wissensstrukturen untersucht, die einen Einfluss auf die Wahrnehmung von physischen und psychiatrischen Krankheiten haben. Dabei wurden neben dem Schweregrad der Krankheit, die Kontrollierbarkeit der Krankheit als die wichtigste Dimensionen festgestellt (Rüsch et al, 2005). Die Kontrollierbarkeit einer Krankheit ist Teil der Attributionstheorie, welche auch Corrigan (2000) für sein Modell (Kapitel 4.2.) aufgriff, da sie soziale Kognitionen beschreibt, die einen Einfluss auf die Bildung von Stigma haben. Laut der Attributionstheorie suchen sowohl die stigmatisierte Person selbst, als auch andere Personen nach dem Grund für das Stigma und nach dem möglichen Vorhandensein von eigener Verantwortlichkeit der betroffenen Person für ihren Zustand. Es findet eine Attribution sowohl der Ursache als auch der Kontrollierbarkeit eines Zustandes einer Person statt, was zu einem Rückschluss auf die Verantwortlichkeit einer Person für ihr Stigma führt. Je nachdem ob eine Person als verantwortlich für ihr Stigma gesehen wird, werden unterschiedliche

Gefühle bei anderen Personen hervorgerufen. Die bewertete Verantwortlichkeit lenkt nicht nur die emotionalen Reaktionen, sondern auch verschiedene Handlungstendenzen der Person gegenüber, wie zum Beispiel Unterstützung (Weiner, Perry & Magnusson, 1988; Schwarzer & Weiner, 1991; Weiner, 1995).

In der Studie von Weiner et al. (1988) wurde das Erlangen von Stigmas, die eine körperliche Ursache haben (Alzheimer Demenz, Blindheit, Krebserkrankungen und Querschnittslähmung) als nicht kontrollierbar eingeschätzt. Diese Stigmas rufen Mitleid, aber keine Wut, sowie die Bereitschaft, die betroffene Person, zu unterstützen hervor. Das Erlangen von Stigmas, die eine psychische Ursache haben und durch ein bestimmtes Verhalten erzielt werden (Kindesmissbrauch, Drogenmissbrauch und Adipositas), wird als kontrollierbar gesehen. Diese Stigmas rufen wenig Mitleid, viel Wut und wenig Bereitschaft zur Unterstützung hervor. Zudem werden Stigmas, die eine körperliche Ursache haben, als stabil und unabänderlich gesehen, wobei die Stigmas die einen psychischen Ursprung haben, als instabil oder reversibel gesehen werden. Bezüglich der Alzheimer-Demenz kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass unabhängig von der Ursache für eine Alzheimer Demenz, der Ausbruch der Krankheit immer als unkontrollierbar angesehen wird.

Weitere Studien (Angermeyer et al., 2003; Corrigan et al., 2003; Martin, Pescosolido & Tuch, 2000) unterstützen mit ihren Ergebnissen zur Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Störungen die Attributionstheorie. Die Autoren konnten nachweisen, dass kausale Attributionen einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Verantwortlichkeit einer Person für ihren Zustand haben. Diese Wahrnehmungen führen zu negativen emotionalen Reaktionen, welche in einem diskriminierenden Verhalten resultieren.

Das Ausmaß, indem eine Person mit Alzheimer-Demenz für ihren Zustand verantwortlich gemacht wird, hat einen Einfluss darauf, dass die Fähigkeiten, welche das Ausführen von Tätigkeiten betrifft, die die Sicherheit gefährden, dieser Person höher eingeschätzt werden. Diese Variable hat keinen Einfluss auf die Einschätzung von Tätigkeiten, die nicht mit Sicherheit zusammenhängen (Werner, 2007).

4.8.2. Wahrgenommene Gefährlichkeit

Mehrere Studien (z. Bsp. Angermeyer & Matschinger, 2005) zeigen, dass unterschiedliche Stereotype über Menschen mit psychischen Störungen einen Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz haben. Ein Stereotyp, welcher auch aus der Studie von Angermeyer und Matschinger (2005) hervorging, ist die Vorstellung, dass Menschen mit psychischen Störungen gefährlich für sich oder ihre Umwelt sind. Die Wahrnehmung von Gefährlichkeit stellt einen wichtigen Faktor bei der Bewertung und bei Verhaltensreaktionen auf Menschen mit psychischen Störungen dar.

Corrigan et al. (2003) untersuchten die Ursache, warum wahrgenommene Gefährlichkeit zu sozialer Ablehnung führt. Ihre Ergebnisse stützten die so genannte *Danger appraisal hypothesis*, welche besagt, dass Wahrnehmung von Gefährlichkeit zu Angst führt, die ihrerseits Diskriminierung auslöst. Die Bewertung der Gefahr, die von einer Person ausgeht, hat einen Einfluss auf helfendes oder diskriminierendes Verhalten, unabhängig von der Einschätzung der Verantwortlichkeit.

In anderen Studien (Angermeyer, Beck & Matschinger, 2003; Angermeyer & Matschinger, 2005; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999) wurde ebenfalls ein großer Einfluss von Wahrnehmung von Gefährlichkeit auf soziale Distanz und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen festgestellt.

Die wahrgenommene Gefährlichkeit von Alzheimer-Demenz Patienten/innen hat einen Einfluss auf höhere prosoziale, ängstliche, ablehnende und aggressive Gefühle ihnen gegenüber (Werner, 2005; 2006). Höhere Bildung steht im Zusammenhang mit niedrigerer wahrgenommener Gefährlichkeit und höhere wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken, steht in Zusammenhang mit höherer wahrgenommener Gefährlichkeit (Werner, 2005). Der bei Angermeyer et al. (2003) und Corrigan et al. (2003) gefundene direkte Einfluss von Gefährlichkeit auf soziale Distanz, konnte in den Studien von Werner nicht nachgewiesen werden. Wahrgenommene Gefährlichkeit stellt hier eine Mediatorvariable zwischen soziodemographischen Variablen und Gefühlen dar. Gefährlichkeit hat insofern einen Einfluss auf soziale Distanz, als dass sie Emotionen (höhere Ablehnung und niedrigere prosoziale Emotionen) beeinflusst, welche wiederum einen Einfluss auf soziale Distanz haben (Werner, 2005). Höher wahrgenommene Gefährlichkeit steht in Zusammenhang mit einer niedrigeren Einschätzung von Fähigkeiten (Werner, 2006) und ist ein

Einflussfaktor auf die hohe Wahrnehmung der Unfähigkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz, Tätigkeiten zu erledigen, die die Person selbst oder andere gefährden könnten. Zwischen der Wahrnehmung der Fähigkeit von Tätigkeiten, die die Sicherheit nicht gefährden könnten und Gefährlichkeit wurde kein Zusammenhang gefunden (Werner, 2007).

4.8.3. Vertrautheit

Weiters zeigte sich, dass Vertrautheit mit psychischen Störungen Diskriminierung und den Wunsch nach sozialer Distanz reduziert (Angermeyer & Matschinger, 2005; Corrigan et al., 2003). Ausserdem verringert Vertrautheit Vorurteile, welche zu höherer sozialer Distanz führen. Dabei führt sowohl das Vorurteil, dass Menschen mit psychischen Störungen nicht für sich selbst sorgen können und dass das Gesundheitssystem für sie Entscheidungen treffen sollte (*Authoritarianismus*) als auch jenes Vorurteil, wonach Menschen mit psychischen Störungen, wie Kinder sind, die unter Aufsicht stehen sollten, zu sozialer Distanz (Corrigan et al, 2001).

Eine größere Vertrautheit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz steht in Zusammenhang mit höheren prosozialen und aggressiven Gefühlen (Werner 2005; 2006). Hausärzte/innen, die mehr Erfahrung mit Menschen mit kognitiven Defiziten haben, schätzen eine Person mit Alzheimer-Demenz als fähiger ein. Bei den Ärzten/innen, bei denen mehr als 10 % der Patienten/innen an kognitivem Abbau leidet, nahmen die in der Vignette beschriebene Person mit Alzheimer-Demenz in allen Faktoren als kompetenter wahr als die anderen Ärzte/innen. Eine höhere Wahrnehmung von Fähigkeiten stand ebenfalls in Zusammenhang mit einem höheren Alter und einer längeren Berufstätigkeit der Ärzte/innen (Werner, 2007).

Insgesamt ist also Wissen über und Vertrautheit mit Alzheimer-Demenz wichtig für die Wahrnehmung der betroffenen Personen. In einer Studie von Werner (2001) zeigte sich, dass die Betreuung von einem/einer Angehörigen mit Alzheimer-Demenz nicht unbedingt einhergeht mit Wissen über die Krankheit. In der Studie wurden die pflegenden Angehörigen über ihr Wissen über Alzheimer Demenz befragt. Insgesamt war das Wissen nicht sehr hoch: Ein höheres Wissen ging mit einem höheren Bildungsgrad einher, außerdem wussten pflegende Ehepartner/innen besser Bescheid.

4.8.4. *Emotion*

Menschen mit Alzheimer-Demenz lösen mehr positive (zum Beispiel Mitleid und Sorge), als negative Gefühle (Ablehnung, Wut, Irritation, Ekel, Bestürzung) aus (Weiner et al., 1988; Wadley & Haley, 2001; Werner & Davidson, 2004). In der Studie von Werner und Davidson (2004) wurden nur sehr wenige der abgefragten Emotionen als neutral eingestuft. Die Emotionen, die die Versuchspersonen am neutralsten einschätzten, waren Verlegenheit, Mitgefühl, und der Wunsch zu helfen. Mittels Faktorenanalyse ließen sich von den 16 abgefragten Gefühlen vier Faktoren herausfiltern: Prosoziale Gefühle, Aggressive Reaktion, Ablehnende Gefühle und Ängstlichkeit. Es wurden stärkere Gefühle bei den prosozialen und ängstlichen Gefühlen hervorgerufen als bei den Faktoren „Aggressive Gefühle“ und „Ablehnung“ (Werner & Davidson, 2004). Vor allem eine höher wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst Alzheimer-Demenz zu entwickeln, löst stärkere Emotionen aus. Männer haben mehr ablehnende Gefühle gegenüber Menschen mit Alzheimer-Demenz als Frauen.

Höhere Bildung ist verbunden mit niedrigeren Ausprägungen von prosozialen, ängstlichen und aggressiven Gefühlen, wobei Frauen höhere prosoziale Gefühle haben. Eine höhere Wahrnehmung von eingeschränkten Fähigkeiten steht im Zusammenhang mit höheren prosozialen Emotionen und eine höhere Wahrnehmung von Gefährlichkeit steht im Zusammenhang mit größeren prosozialen Gefühlen, Ängstlichkeit, Ablehnung und aggressiven Gefühlen. Höhere soziale Distanz ist verbunden mit niedrigeren prosozialen Emotionen. Eine höhere Vertrautheit steht im Zusammenhang mit mehr prosozialen und aggressiven Gefühlen. Wenn der Schweregrad der Krankheit größer ist, werden mehr ängstliche Gefühle ausgelöst. Prosoziale Gefühle stehen im Zusammenhang mit niedrigeren ängstlichen Emotionen (Werner, 2005, 2006).

Höhere Gefühle der Ablehnung führen zu höherer sozialer Distanz. Gefühle der Ablehnung und niedrige prosoziale Gefühle sind eine Moderatorvariable zwischen Bildung, Vertrautheit, Gefährlichkeit und sozialer Distanz (Werner, 2005).

4.8.5. Bildung

Von allen Einflussvariablen konnte in der Studie von Werner (2006) nur für die Bildung ein signifikanter Einfluss auf die Wahrnehmung von Fähigkeiten einer Person mit Alzheimer-Demenz festgestellt werden. Versuchspersonen mit höherer Bildung schreiben einer Person mit Alzheimer-Demenz mehr Fähigkeiten zu.

Zudem führt eine höhere Bildung zu einer niedrigeren Wahrnehmung von Gefährlichkeit und zu einem niedrigeren Level von prosozialen, ängstlichen, ablehnenden und aggressiven Gefühlen (Werner, 2005, 2006)

4.8.6. Geschlecht

Bei Menschen mit Schizophrenie zeigen Frauen mehr ängstliche und mehr prosoziale Reaktionen als Männer (Angermeyer et al., 1998). Auch bei Menschen mit Alzheimer-Demenz zeigen Frauen signifikant mehr prosoziale Gefühle als Männer (Werner, 2006).

4.8.7. Angst selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken

Es wurde nachgewiesen, dass kognitive Faktoren wie die Sorge, dass man selbst Alzheimer-Demenz entwickeln könnte, mit emotionalen und psychologischen Reaktionen auf Alzheimer verbunden sind (Werner, 2002). Höhere Angst selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken, steht in Zusammenhang mit höherer Wahrnehmung von Gefährlichkeit und mehr prosozialen und aggressiven Gefühlen (Werner, 2005, 2006).

4.8.8. Schweregrad der Erkrankung

Der Schweregrad der Erkrankung steht in Zusammenhang mit höherer sozialer Distanz und mehr ängstlichen Gefühlen (Werner, 2005; 2006). Durch einen höheren Schweregrad der Erkrankung werden die Fähigkeiten von Menschen mit Alzheimer niedriger eingeschätzt (Werner, 2007).

4.8.9. Zusammenfassung der Einflussfaktoren auf soziale Distanz und wahrgenommene Fähigkeiten

An dieser Stelle werden wichtige Einflussfaktoren auf soziale Distanz und wahrgenommene Fähigkeiten aus den vorherigen Kapiteln zusammengefasst. Die direkten Einflussfaktoren, sowie die Einflussfaktoren, welche auf indirektem Weg soziale Distanz beeinflussen sind in Tabelle 4 beschrieben. In Tabelle 5 werden die Einflussfaktoren auf wahrgenommene Fähigkeiten dargelegt.

Tabelle 4 *Einflussfaktoren auf soziale Distanz*

<p>1. <i>Positiver Zusammenhang mit Sozialer Distanz:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Negative emotionale Reaktionen • Hohe Gefährlichkeit
<p>2. <i>Negativer Zusammenhang mit Sozialer Distanz:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrautheit • Ängstliche Emotionen • Prosoziale Emotionen
<p>3. <i>Mediatorvariablen:</i></p> <p>Niedrigere prosoziale Gefühle & Ablehnung sind die Mediatorvariablen zwischen Bildung, Vertrautheit und Gefährlichkeit auf soziale Distanz</p>

Tabelle 5 *Einflussfaktoren auf wahrgenommene Fähigkeiten*

<p>1. <i>Positiver Zusammenhang mit wahrgenommenen Fähigkeiten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Niedrig wahrgenommene Verantwortlichkeit (mit Fähigkeiten, die die Sicherheit gefährden können) • Vertrautheit • Bildung
<p>2. <i>Niedriger Zusammenhang mit wahrgenommenen Fähigkeiten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosoziale Emotionen • Hohe Gefährlichkeit (mit Fähigkeiten, die die Sicherheit gefährden können)

II. Empirischer Teil

5. Zielsetzung der Untersuchung und Fragestellungen

Die Zielsetzung dieser Diplomarbeit ist einerseits die Evaluierung eines Fragebogens zu wahrgenommenen Rechten, sozialer Distanz und Einstellung zu Menschen mit Alzheimer-Demenz. In einem zweiten Schritt sollen anhand des Fragebogens Fragestellungen und Hypothesen untersucht werden, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

Wie in Kapitel 1 beschrieben, zieht die Alzheimer-Demenz verschiedene Defizite mit sich, die einen Einfluss auf die Fähigkeiten der betroffenen Person haben. Aus dieser Problematik heraus stellt sich die Frage, inwiefern Alzheimerpatienten/innen selbst Entscheidungen für sich treffen und autonom leben sollten, ohne sich und ihre Umwelt zu gefährden. In Luxemburg bestehen keine Gesetze, die sich mit der Autonomie und dem Wohlbefinden von Menschen mit Demenz beschäftigen, aber es existieren Chartas, die einen Vorschlag erbringen, wie mit Menschen mit eingeschränkten Fähigkeiten umgegangen werden sollte (Kapitel 3). Aufgrund der Schwierigkeiten, die Fähigkeiten eines Menschen zu bestimmen (Kapitel 2.4.) ist es nicht eindeutig einschätzbar ob ein Mensch in der Lage ist, Tätigkeiten oder Entscheidungen auszuführen. Wie in Kapitel 2.3. beschrieben, sind es häufig das Pflegepersonal, Ärzte/innen und Laien die Entscheidungen für Menschen mit Alzheimer-Demenz übernehmen. Somit ist es von Bedeutung deren Einschätzung und Einstellung zu Menschen mit Alzheimer-Demenz zu kennen. In der vorliegenden Arbeit wird daher die Einstellung zu den Chartas bzw. die Wahrnehmung der Fähigkeiten einer Person mit Alzheimer-Demenz von Laien und Betreuer/innen in Luxemburg erfasst. Es geht dabei um eine Person im Anfangsstadium einer Alzheimer-Demenz, da es besonders in diesem Stadium schwierig ist, die Fähigkeiten zu bestimmen. Folgende explorativen Fragestellungen werden diesbezüglich untersucht:

- Wie werden die aus den Chartas entnommenen Rechte beurteilt?

- Welcher Art an Rechten wird zugestimmt?

Der zweite thematische Aspekt dieser Arbeit gilt der Stigmatisierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz. Da es sich bei Menschen mit Demenz um eine stigmatisierte Personengruppe handelt (Kapitel 4.5.) und in der Studie von Werner (2006) ein Einfluss von wahrgenommenen Rechten auf Stigmatisierung gefunden wurde, wird diese Komponente hier ebenfalls untersucht. In den vorhergehenden Studien (Kapitel 4.8.) wurden Einflussfaktoren auf Stigmatisierung festgestellt, welche auf Corrigan (2000) Stigmakonzept zurückgehen. Diese Einflussfaktoren werden ebenfalls hier berücksichtigt. In den Studien wurde Diskriminierung als eine Komponente des Stigmas in Form von sozialer Distanz gemessen. Deshalb wird auch hier der Fokus auf die soziale Distanz gerichtet. Folgende Fragestellungen ergeben sich dadurch:

- Wie hoch ist die soziale Distanz zu Menschen mit Alzheimer-Demenz?
- Haben wahrgenommene Rechte einen Einfluss auf die soziale Distanz?
- Welche Variablen haben einen Einfluss auf wahrgenommene Rechte und soziale Distanz?

Es zeigte sich, dass Vertrautheit zu Menschen mit Alzheimer-Demenz zu anderen Einstellungen bezüglich Rechten und sozialer Distanz führt (4.8.3.), daher ist folgende Fragestellung von Interesse:

- Sind die Urteile von Laien und „Professionellen“ unterschiedlich?

Da wie unter Punkt 4.4. beschrieben, vermutet wird, dass Frauen mit Alzheimer-Demenz anders bewertet werden könnten als Männer, wird diese Komponente mit untersucht. Somit ergibt sich eine weitere Fragestellung:

- Bestehen Unterschiede in der Einstellung zu Frauen mit Alzheimer-Demenz und Männern mit Alzheimer-Demenz?

Zusätzlich werden folgende Fragestellungen untersucht:

- Welche Emotionen werden Personen mit Alzheimer-Demenz entgegengebracht?

- Wie hoch wird die Gefährlichkeit von Menschen mit Alzheimer-Demenz eingeschätzt?
- Werden Menschen mit Alzheimer-Demenz verantwortlich für ihre Krankheit und deren Ausmaß gemacht?

Wie schon erwähnt, wird um diese Fragestellungen beantworten zu können, ein Fragebogen erstellt, der evaluiert und gegebenenfalls optimiert wird

6. Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit werden neben den explorativen Fragestellungen auch Hypothesen, die sich aus vorherigen Studien herleiten lassen, untersucht.

In Kapitel 4.7. wird der Zusammenhang von niedrig eingeschätzten Fähigkeiten von Menschen mit Alzheimer-Demenz sowie psychischen Störungen und sozialer Distanz diesen Menschen gegenüber, beschrieben. Daher wird in dieser Untersuchung die Hypothese 1 überprüft:

- H1: Eine niedrige Einschätzung der Rechte einer Person mit Alzheimer-Demenz hat einen Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber dieser Person.

Bezüglich der Einflussfaktoren auf soziale Distanz (Kapitel 4.8.9.) werden folgende Hypothesen aufgestellt

- H2a: Es besteht ein negativer Einfluss von Vertrautheit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz auf die soziale Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer Demenz.
- H2b: Es besteht ein Einfluss der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken auf die soziale Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.
- H2c: Es besteht ein positiver Einfluss von wahrgenommener Gefährlichkeit einer Person mit Demenz auf die soziale Distanz gegenüber dieser Person.
- H2d: Es besteht ein Einfluss der wahrgenommen Verantwortlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz für ihre Krankheit auf die soziale Distanz gegenüber dieser Person.
- H2e: Es besteht ein positiver Einfluss von negativen emotionalen Reaktionen auf die soziale Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.
- H2f: Es besteht ein negativer Einfluss von prosozialen Gefühlen auf die soziale

Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.

Bezüglich der Einflussfaktoren (Kapitel 4.8.) auf wahrgenommene Rechte werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- H3a: Es besteht ein positiver Einfluss von Vertrautheit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz auf die wahrgenommenen Rechte dieser Person.
- H3b: Es besteht ein Einfluss von der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken auf die wahrgenommenen Rechte einer Person mit Alzheimer-Demenz.
- H3c: Es besteht ein positiver Einfluss von wahrgenommener Gefährlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz auf eine niedrige Wahrnehmung der Rechte dieser Person.
- H3d: Eine als niedrig eingeschätzte Verantwortlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz für ihre Erkrankung führt zu einer höheren Wahrnehmung ihrer Rechte.
- H3e: Es besteht ein Einfluss von negativen emotionalen Reaktionen gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz auf wahrgenommene Rechte dieser Person.
- H3f: Es besteht ein negativer Einfluss von prosozialen Emotionen gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz auf die wahrgenommenen Rechte dieser Person.

Da sich in einigen Studien zeigte, dass Vertrautheit mit Menschen mit psychischen Störungen oder Alzheimer-Demenz zur Verringerung von sozialer Distanz und einer höheren Wahrnehmung der Fähigkeiten dieser Menschen führt (Kapitel 4.8.3.), werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- H4a: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, schreiben ihnen mehr Rechte zu als Laien.
- H4b: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, zeigen

ihnen gegenüber einen geringeren Wunsch nach sozialer Distanz als Laien.

Zudem wird vermutet, dass Personen, die Menschen mit einer Demenzerkrankung betreuen, andere Emotionen zu einer Person mit Demenzerkrankung haben und ihre Gefährlichkeit anders einschätzen:

- H4c: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, und Laien haben unterschiedliche Emotionen gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.
- H4d: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, und Laien stufen die Gefährlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz unterschiedlich ein.

In den in Kapitel 4.4. beschriebenen Studien stellte sich heraus, dass älteren Männern mehr Fähigkeiten zugeschrieben werden als älteren Frauen. Da angenommen wird, dass die Wahrnehmung der Fähigkeiten eines Menschen auch die Wahrnehmung der Rechte eines Menschen bestimmt, wird Hypothese 5a untersucht:

- H5a: Männern mit Alzheimer-Demenz werden mehr Rechte zugeschrieben als Frauen mit Alzheimer-Demenz.

Da zu Männern mit Schizophrenie die soziale Distanz ihres Umfeldes größer ist als zu Frauen mit Schizophrenie (Kapitel 4.4.), wird überprüft, ob bei Männern und Frauen mit Alzheimer-Demenz bezüglich des Wunsches nach sozialer Distanz auch Unterschiede bestehen:

- H5b: Es gibt Unterschiede im Wunsch nach sozialer Distanz zu Männern mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz.

Weiters wird untersucht ob Männer mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz bezüglich anderer Variablen unterschiedlich wahrgenommen werden:

- H5c: Männer mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz rufen unterschiedliche Emotionen hervor.

- H5d: Männer mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz werden als unterschiedlich gefährlich wahrgenommen.

7. Durchführung der Untersuchung

Die benötigten Daten zur Untersuchung der genannten Hypothesen und Fragestellungen wurden mittels eines Fragebogens erhoben. Das Ausfüllen erfolgte selbstständig, anschließend sollten die Teilnehmer den Fragebogen in dem beigelegten frankierten Umschlag zurückzuschicken.

Da es kein Untersuchungsinstrument gab, anhand dessen wahrgenommenen Rechte erfasst werden können, wurde ein Fragebogen eigens für diese Diplomarbeit konstruiert. Die Items des Fragebogens beziehen sich auf die Fallvignette einer Person, die an einer Alzheimer-Demenz im Anfangsstadium erkrankt ist. Es wurden zwei Versionen des Fragebogens erstellt; einmal handelt es sich bei der beschriebenen Person um eine an Alzheimer-Demenz erkrankte Frau und einmal um einen an der Krankheit leidenden Mann. In Kapitel 8 wird der Fragebogen ausführlicher beschrieben.

7.1. Beschreibung und Deskriptivstatistik der Stichprobe

Da die Diplomarbeit sich auf Luxemburg bezieht, wurden nur Teilnehmer/innen ausgewählt, die in Luxemburg leben. Um die Hypothesen überprüfen zu können, wurde eine Quotenstichprobe benötigt, die zur einen Hälfte aus „Laien“ und zur anderen Hälfte aus Personen besteht, die im Bereich der Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung tätig sind. Eine Hälfte der Gesamtstichprobe erhielt den Fragebogen „Mann“ und die andere Hälfte den Fragebogen „Frau“. Insgesamt wurden 240 Fragebogen ausgehändigt, wobei es vier Gruppen zu je 60 Personen gab:

- Fragebogen „Mann“ / Betreuer(innen)
- Fragebogen „Frau“ / Betreuer(innen)
- Fragebogen „Mann“ / „Laien“
- Fragebogen „Frau“ / „Laien“

Es fand zuerst eine Datenerhebung im Mai 2008 bei Personen, die im Bereich der Altenpflege tätig sind, statt. Personen, die am Studiengang „Master en Gérontologie“ an der Universität Luxemburg teilnehmen und parallel dazu in diesem Bereich praktisch tätig sind, wurde der Fragebogen, mit der Bitte ihn ebenfalls an Arbeitskollegen/innen weiterzugeben, ausgehändigt. Das Erfassen der Daten der „Laien“ fand im Juli 2008 statt. Der Fragebogen wurde an zufällig ausgewählte Personen ausgeteilt, die in

Luxemburg leben. Um Stichprobenverzerrungen bezüglich der Alters und des Geschlechts zu vermeiden, wurde auf eine ähnliche Verteilung dieser Bereiche in der Stichprobe geachtet. In den folgenden Abschnitten wird die Deskriptivstatistik der Stichprobe beschrieben.

7.1.1. Stichprobengruppen

Von den 240 ausgehändigten Fragebögen retournierten 185 Personen einen ausgefüllten Fragebogen, somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 77.08 %. Innerhalb der Gesamtstichprobe gaben 87 Personen an, regelmäßigen Kontakt mit Menschen mit Demenz im Beruf zu haben. In der Diplomarbeit wird diese Stichprobengruppe als „Professionelle“ bezeichnet. Zu dieser Gruppe werden auch die 26 Personen hinzugezählt, die angaben, ab und zu beruflichen Kontakt mit Menschen mit Demenz zu haben. Auch wenn diese Personen keinen regelmäßigen Kontakt zu Menschen mit Demenz im Beruf haben, wird angenommen, dass sie eine berufliche Tätigkeit ausüben, die mit der Betreuung dieser Menschen in Zusammenhang steht. Insgesamt sind damit 113 Personen in der Gruppe der Professionellen vertreten. Als „Laien“ wird die Gruppe der 72 Personen bezeichnet, die angaben, im beruflichen Kontext nie Kontakt mit Menschen mit Demenz zu tun haben. Insgesamt wurden von der Version „Frau“ 99 Fragebögen ausgefüllt, von der Version „Mann“ waren es 86. Die genaue Gruppeneinteilung für die einzelnen Stichproben ist aus Tabelle 6 ersichtlich.

Tabelle 6 Anzahl der Personen in den Stichproben

Häufigkeit des beruflichen Kontakts	Fragebogenversion „Mann“	Fragebogenversion „Frau“	Gesamt
regelmäßig	32	55	87
nie	38	34	72
ab und zu	16	10	26
Gesamt	86	99	185

7.1.2. Alter

In der Gesamtstichprobe gibt eine Altersspannweite von 18 bis 61 Jahre, mit einem Mittelwert von 36.6 Jahren ($SD = 9,35$). (Abbildung 1). In Tabelle 7 befinden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen des Alters der Teilnehmer/innen innerhalb der vier Stichprobengruppen. Fünf Personen gaben kein Alter an.

Abbildung 1 Altersverteilung in der Gesamtstichprobe

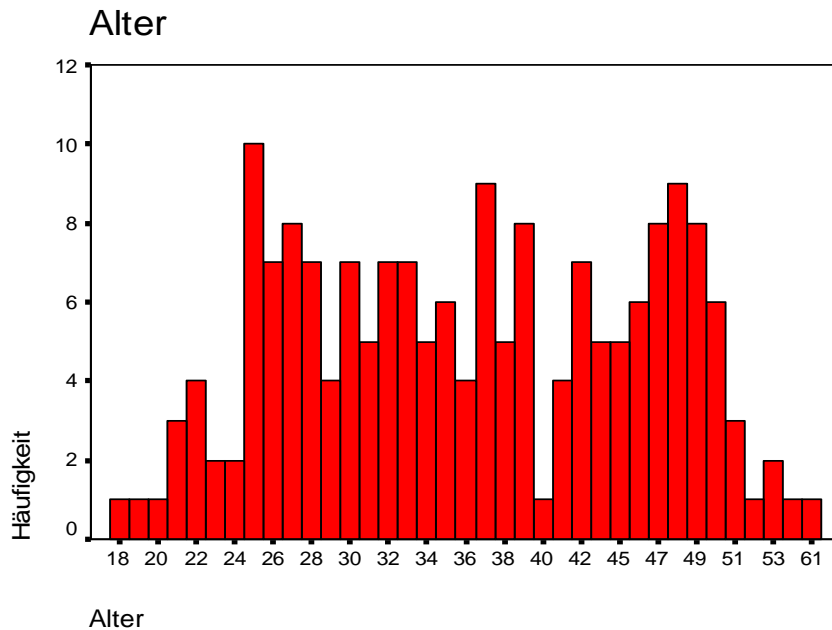


Tabelle 7 Mittelwert und Standardabweichung des Alters innerhalb der Stichprobengruppen

Stichprobe	MW	SD
Laien / Version „Mann“	36.74	10.14
Laien / Version „Frau“	36.76	8.45
Professionelle / Version „Mann“	37.02	9.46
Professionelle / Version „Frau“	36.00	9.44

7.1.3. Geschlecht

Die Gesamtstichprobe besteht zu 73.5 % aus Frauen und zu 26.5 % aus Männern. In Tabelle 8 befindet sich die Aufteilung der weiblichen und männlichen Teilnehmer/innen in den Gruppen.

Tabelle 8 Verteilung der Geschlechter in den Stichproben

Stichprobe	Weiblich	Männlich
Laien / Version „Mann“	29	9
Laien / Version „Frau“	26	8
Professionelle / Version „Mann“	35	13
Professionelle / Version „Frau“	46	19

7.1.4. Bildung

Als höchste abgeschlossene Bildung innerhalb der Gesamtstichprobe verfügen zwei der Teilnehmer/innen über einen Grundschulabschluss, sechs über einen Pflichtschulabschluss, 40 über eine abgeschlossene Lehre, 52 über das Abitur und 61 über einen Hochschulabschluss. Für 20 der Teilnehmer/innen trifft keine der genannten Auswahlmöglichkeiten zu. Für vier Teilnehmer/innen liegen keine Daten vor.

7.1.5. Kontakt zu Menschen mit Demenz

In den Tabelle 9 und Tabelle 10 ist angegeben wie viel Kontakt die Personen innerhalb der Stichproben der „Laien“ und „Professionellen“ zu Menschen mit Demenz in ihrem Umfeld haben. Vier Teilnehmer/innen gaben bezüglich des Kontakts zu Verwandten mit Demenz keinen Wert an, acht Teilnehmer/innen bezüglich des Kontakts zu Freunden/innen mit Demenz.

Tabelle 9 Kontakt der Laien zu Menschen mit Demenz

Kontakt	Nie	Ab und zu	Regelmäßig
Familie	48.6%	38.9%	11.1%
Freundeskreis	73%	19.4%	1.4%

Tabelle 10 Kontakt der Professionellen zu Menschen mit Demenz außerhalb ihres Berufs

Kontakt	Nie	Ab und zu	Regelmäßig
Familie	56.6%	24.8%	15.9%
Freundeskreis	60.2%	34.5%	1.8%

7.1.6. Wissen

In Tabelle 11 ist das selbsteingeschätzte Wissen der Versuchspersonen über Demenz angegeben.

Tabelle 11 Selbsteingeschätztes Wissen der Teilnehmer/innen über Demenz

Stichprobe	Niedrig	Mittel	Hoch
Laien	45%	51%	2.8%
Professionelle	11.5%	57.5%	31%

7.1.7. Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken

In Tabelle 12 und Tabelle 13 wird die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Versuchspersonen, selbst an Demenz zu erkranken, angegeben. Dazu wurden die

Mittelwerte von Item 1 („Wie besorgt sind Sie, dass Sie irgendwann in Ihrem Leben an einer Demenz erkranken?“) und Item 2 („Wie wahrscheinlich, denken Sie ist es, dass Sie eine Demenzerkrankung irgendwann in ihrem Leben bekommen?“) zusammengerechnet.

Das dritte Item dieser Skala („Wie besorgt sind Sie, dass ein Mitglied Ihrer Familie irgendwann eine Demenzerkrankung bekommen wird?“) wird zur weiteren Auswertung dieser Untersuchung nicht verwendet werden. Die Teilnehmer sollten das Item nicht ankreuzen wenn sie ein Familienmitglied mit Demenz in der Familie haben. 60 Personen haben das Item nicht angekreuzt, diese Personen müssten alle bei den Auswertungen mit dieser Variable ausgeschlossen werden, was zu einem großen Datenverlust führen würde. Zur Vereinfachung der weiteren Auswertung werden daher nur die ersten beiden Items zusammengezählt. Diese Mittelwerte sind in den Tabelle 12 und Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 12 *Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Laien selbst an Demenz zu erkranken*

	MW	SD
Besorgtheit selbst an Demenz zu erkranken (Item 1)	2.61	1.00
Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken (Item 2)	2.92	.52
Besorgtheit, dass Familienmitglied an Demenz erkrankt (Item 3)	2.86	.96
Wahrscheinlichkeit Gesamtwert	2.76	.68

Tabelle 13 *Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Professionellen selbst an Demenz zu erkranken*

	MW	SD
Besorgtheit selbst an Demenz zu erkranken (Item 1)	2.71	.94
Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken (Item 2)	2.98	.63
Besorgtheit, dass Familienmitglied an Demenz erkrankt (Item 3)	3.09	.91
Wahrscheinlichkeit Gesamtwert	2.85	.66

8. Untersuchungsinstrument

Zur Untersuchung der Frage, wie Rechte von Menschen mit Alzheimer-Demenz wahrgenommen werden, lag vor Beginn der Diplomarbeit kein Untersuchungsinstrument vor. Deshalb wurde, wie erwähnt, im Rahmen dieser Studie, in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Dieter Ferring und seinem Mitarbeiter, Herrn Dipl. Psych. Tom Michels, ein Fragebogen konstruiert, mittels welchem die wahrgenommenen Rechte bzw. wahrgenommenen Fähigkeiten von Menschen mit Alzheimer-Demenz erhoben werden können.

Neben den genannten Items sind im Fragebogen Items zur Attribution, wahrgenommener Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken, sozialer Distanz, Emotionen, sowie Angaben zur Person enthalten. Im Anhang unter Punkt 15.3. befindet sich der vollständige Fragebogen.

8.1. Angaben zur Person

Als Angaben zur Person werden im Fragebogen das Alter, das Geschlecht und der höchste abgeschlossene Schulabschluss erfasst. Auf einer 3-stufigen Skala (Nie, Ab und zu, Regelmäßig) können die Versuchspersonen ihre Kontakthäufigkeit zu Menschen mit Demenz im Rahmen von Beruf, Familie, Freundes- oder Bekanntenkreis angeben. Ebenfalls auf einer 3-stufigen Skala, mit den Auswahlmöglichkeiten „Niedrig“, „Mittel“ und „Hoch“, erfragt wird selbsteingeschätztes Wissen über Demenz.

8.2. Wahrnehmung der Wahrscheinlichkeit an einer Demenzerkrankung zu leiden

Die Items zur Wahrnehmung der Wahrscheinlichkeit an einer Demenzerkrankung zu leiden, wurden der Studie von Werner und Davidson (2004) entnommen und von Englisch auf Deutsch übersetzt. Die Versuchspersonen werden gefragt, wie besorgt sie sind und für wie wahrscheinlich sie es halten, irgendwann in ihrem Leben an Demenz zu erkranken.

Zusätzlich wurde die Frage in den Fragebogen aufgenommen, wie besorgt die Versuchspersonen sind, dass ein Mitglied ihrer Familie irgendwann eine Demenzerkrankung erleiden könnte. Zu dem ersten (Besorgtheit, dass man selbst an

einer Demenz erkrankt) und dritten Item (Besorgtheit, dass ein Familienmitglied an Demenz erkrankt) bestehen die Antwortmöglichkeiten „nicht – wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr“. Bei dem zweiten Item (Selbsteingeschätzte Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken) bestehen die Antwortmöglichkeiten „Keinesfalls – wahrscheinlich nicht – vielleicht – ziemlich wahrscheinlich – ganz sicher“. Ein hoher Wert auf dieser Skala bedeutet, dass die Wahrnehmung der jeweiligen Wahrscheinlichkeit bzw. die Besorgtheit hoch sind.

8.3. Fallbeispiel

Auf Basis der Beschreibungen des Krankheitsbildes einer Alzheimer-Demenz im leichten Stadium von Stoppe (2006) sowie Förstl und Calabrese (2001) wurde eine Vignette entwickelt, die eine Person im Anfangsstadium einer Alzheimer Demenz beschreibt:

Frau M. ist 75 Jahre alt und seit 7 Jahren verwitwet. Da sie schon seit einigen Jahren an hoher Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten litt, suchte Frau M. auf Wunsch ihrer Tochter vor einem Jahr einen Arzt auf. Dieser führte mit ihr verschiedene Tests und Untersuchungen durch und diagnostizierte Alzheimer-Demenz. Obwohl ihre Familie aussagt, dass Frau M. noch in der Lage sei, alleine zu Hause zu wohnen und sich selbst zu versorgen, lebt sie seit 2 Monaten in einem Altersheim. Mittlerweile hat ihre Vergesslichkeit sich verschlimmert und sie hat Probleme beim Lernen von neuem; alte Gedächtnisinhalte sind jedoch kaum beeinträchtigt. Im Organisieren von Tätigkeiten und bei alltäglichen Aufgaben gibt es Schwierigkeiten; auffällig ist auch, dass sie starke Rechenprobleme hat. Obwohl Frau M. auf den ersten Eindruck keine Kommunikationsschwierigkeiten zu haben scheint, ist ihre Sprache stockender und weniger präzise als früher. Sie fühlt sich oft überfordert, ist reizbar und wirkt depressiv und ängstlich; körperliche Beschwerden liegen nicht vor.

In einer Version der Fragebögen wird, wie hier dargestellt, eine Frau beschrieben und in einer zweiten Version ein Mann („Herr M.“) beschrieben. Die ab Punkt 8.5. beschriebenen Items beziehen sich alle auf Frau/Herrn M.

8.4. Ratingskalen

Zur Beantwortung der ab Punkt 8.5. beschriebenen Items werden fünf-stufige Likert-Skalen mit einer neutralen Antwortmöglichkeit und verbalen Marken eingesetzt. Die verwendeten Marken werden laut Rohrmann (1978, zitiert nach Börtz & Döring, 2002) als äquidistant aufgefasst, daher gelten die gewonnen Daten als intervallskaliert.

8.5. Wahrgenommene Rechte

Die Items zu den wahrgenommenen Rechten wurden auf der Basis von drei verschiedenen Chartas gebildet: die „Charta der Recht hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006), die „Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante“ (Fondation Nationale de Gérontologie, 1997) und den „Recommendations on how to improve the legal rights and protection of adults with incapacity due to dementia“ (Alzheimer Europe, 2001). Ebenfalls zur Bildung der Items verwendet wurde der „Lawnet. National Report Luxembourg“ (Alzheimer Europe, 1998). Nach Gesprächen mit Frau Josée Thill (Direktorin der Fondation Emile Mayrisch in Luxemburg) und Herrn Simon Gross (Direktor der Seniorenakademie RBS in Luxemburg) wurde dieser Fragebogenteil entsprechend ihren Hinweisen angepasst.

Die Inhalte der Chartas wurden als Behauptungen verfasst, welche zur Hälfte negativ formuliert wurden um eventuelle Antworttendenzen zu verhindern. Item 3 lautet zum Beispiel: „Das Pflegepersonal muss Frau/Herr M. nicht erklären, wozu sie/er ihre/seine Medikamente einnimmt. Die Antwortmöglichkeiten sind „falsch – eher falsch – unentschieden – eher richtig – richtig“.

Folgende Items sind positiv formuliert, das bedeutet, wenn man „Richtig“ angekreuzt, den Score „5“ erhält: Item 1, Item 2, Item 4, Item 7, Item 9, Item 13, Item 14, Item 15, Item 17, Item 21, Item 22, Item 23 und Item 26.

Bei folgenden Items erhält man, wenn man „Richtig“ ankreuzt, den Score „1“: Item 3, Item 5, Item 6, Item 8, Item 10, Item 11, Item 12, Item 16, Item 18, Item 19, Item 20, Item 24 und Item 25.

Ein höherer Wert für die Items bedeutet, dass der beschriebenen Person mehr Rechte bzw. Fähigkeiten zugeschrieben werden. Es wurde darauf geachtet, dass die

Items sich in einer zufälligen Reihenfolge befinden.

8.6. Attribution (Verantwortlichkeit)

Die Items zur Attribution enthalten die Fragen, ob die in der Vignette beschriebene Person etwas zur Kontrolle ihres Zustandes beitragen kann und in welchem Ausmaß sie für ihre Krankheit verantwortlich ist. Zur ersten Frage lauten die Antwortmöglichkeiten „nicht – wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr“ und zur zweiten Frage „Keinesfalls – wahrscheinlich nicht – vielleicht – ziemlich wahrscheinlich – ganz sicher“. Die zwei Fragen wurden der Studie von Corrigan et al. (2003) entnommen und auf Deutsch übersetzt. Ein hoher Wert auf dieser Skala bedeutet, dass den Betroffenen eine hohe Verantwortlichkeit für ihre Erkrankung zugeschrieben wird.

8.7. Wahrgenommene Gefährlichkeit

Die Items zur wahrgenommenen Gefährlichkeit wurden aus den Studien von Werner (2004, 2005, 2006) entnommen und übersetzt. Die Items bestehen aus den Fragen, wie gefährlich die Versuchspersonen die in der Vignette beschriebene Person für sich selbst und für ihre Umwelt einschätzen. Als Antwortmöglichkeit können folgende fünf Abstufungen gewählt werden: „nicht – wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr“. Auf dieser Skala steht ein hoher Wert für eine hohe wahrgenommene Gefährlichkeit.

8.8. Soziale Distanz

Einige Items zur sozialen Distanz lehnen sich an die Bogardus-Skala an (s. Kapitel 4.2.4.) Es wurden die gleichen Items wie in der Studie von Werner (2005) verwendet und auf Deutsch übersetzt. Es muss angegeben werden, inwiefern die Versuchsperson bereit ist, in der unmittelbaren Nachbarschaft der betroffenen Person zu wohnen, einen Abend in Gesellschaft dieser Person zu verbringen, sich mit dieser Person anzufreunden und der Heirat eines ihrer Kinder mit einem Kind von Frau M./ Herr M. zuzustimmen.

Ein weiteres Item wurde aus der Studie von Weiner et al. (1988) entnommen, bei dem die Versuchspersonen gefragt werden, in wiefern sie bereit wären, Frau M./ Herr M. persönlich zu unterstützen. Das letzte Item wurde selbst konstruiert, es enthält die Frage, inwiefern die Versuchspersonen bereit sind, Frau/Herrn M. um einen Gefallen zu bitten. Dieses Item wurde unter der Annahme konstruiert, dass soziale Nähe und

Vertrauen zu einem Menschen, sowie ein positives Einschätzen seiner Fähigkeiten vorliegen, wenn man bereit wäre diesen Menschen um einen Gefallen zu bitten. Dieses Item behandelt soziale Distanz somit unter dem Aspekt der gegenseitigen Unterstützung. Die Antwortmöglichkeiten sind folgende: „nicht – wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr“. Ein hoher Wert auf dieser Skala steht für weniger soziale Distanz bzw. mehr Nähe.

8.9. Emotionen

Der Fragebogen behandelt die Frage, wie stark bestimmte Gefühle von der in der Vignette beschriebenen Person bei den Versuchspersonen ausgelöst werden. Dazu wurden Items von Werner und Davidson (2004) verwendet, welche auf Deutsch übersetzt worden sind. Die vier Gefühlskategorien umfassen *ablehnende* (Ekel, Ablehnung, Spott und Ungeduld), *ängstliche* (Unbehagen, Angst, Verlegenheit, Unsicherheit und Abschreckung), *prosoziale* (Mitgefühl, Verlangen zu helfen, Sorge, Bestürzung und Mitleid) und *aggressive* Gefühle (Wut und Verärgerung). Auf einer Skala von 1 bis 5 kann die Stärke des Gefühls angegeben werden. Ein höherer Wert steht für eine höhere Gefühlsausprägung.

9 Analyse des Fragebogens

9. 1. Faktorenanalyse

Für die Fragebogenteile „wahrgenommene Rechte“, „Soziale Distanz“ und „Emotionen“ wurde eine Faktorenanalyse gerechnet um zu überprüfen wie viele und welche Dimensionen innerhalb dieser Skalen gemessen werden.

Es wurde dabei die Methode der Hauptachsenanalyse gewählt, die unterstellt, dass sich die Varianz einer Variablen immer in die Komponenten Kommunalität und Einzelrestvarianz aufteilt. Diese Methode berücksichtigt somit die Einzelrestvarianz der Variablen und unterstellt nicht, dass die Varianz einer Variablen vollständig durch die Extraktion von Faktoren erklärt werden kann. Das bedeutet, dass als „Startwert“ bei der Kommunalitätsschätzung immer kleinere Werte als 1 vorgegeben werden. (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003). Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wird anhand von Kaiser-Kriterium (Eigenwerte > 1), des Screeplots sowie aufgrund inhaltlich-theoretischer Überlegungen festgelegt. Anschließend wird eine Rotation für eine bessere Interpretierbarkeit der Faktoren durchgeführt. Dabei wird die Varimax-Rotation gewählt, da die erhaltenen Faktoren nicht korrelieren sollten (Mummendey & Grau, 2008).

Field (2005) nennt einige Annahmen für das Durchführen einer Faktorenanalyse: Bezüglich der Stichprobe sind 300 Versuchspersonen oder 10-15 Versuchspersonen pro Variable ideal. Die Stichprobe sollte groß sein, wenn die Ladungen auf den Faktoren oder die Kommunalitäten niedrig sind. Falls es Variablen gibt, die gar nicht mit anderen korrelieren (oder mit sehr wenigen), sollten diese aus der Faktorenanalyse ausgeschlossen werden. Weiters sollten extreme Multikollinearität, Singularität und Sphärizität vermieden werden. Eine annähernde Normalverteilung und Intervallskalenniveau der Variablen wäre günstig. Die Normalverteilungsannahme ist hauptsächlich wichtig, wenn die Resultate der Analyse generalisiert werden sollen. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium oder *measure of sampling adequacy (MSA)*, zeigt an, inwiefern die Ausgangsvariablen zusammengehören und ist somit ein Indikator, ob eine Faktorenanalyse sinnvoll ist, oder nicht. Die Beurteilung des MSA, das einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen kann, befindet sich in Tabelle 14.

Tabelle 14 *Beurteilung des MSA nach Kaiser und Rice (1974; zitiert nach Backhaus et al. 2005, S. 276)*

MSA \geq 0,9	marvelous („erstaunlich“)
MSA \geq 0,8	meritorious („verdientstvoll“)
MSA \geq 0,7	middling („ziemlich gut“)
MSA \geq 0,6	mediocre („mittelmäßig“)
MSA \geq 0,5	miserable („kläglich“)
MSA $<$ 0,5	unacceptable („untragbar“)

9.2. Reliabilität

Um die Reliabilität der einzelnen Skalen festzustellen, wird die innere Konsistenz der Skalen überprüft. Dazu wird für die jeweilige Skala ein Koeffizient, das *Alpha nach Cronbach*, gerechnet. Bei Leistungstests werden Reliabilitätskoeffizienten von mindestens .90 gefordert, welche jedoch bei Skalen, die Einstellungen messen, nicht erwartet werden können. Ein Reliabilitätskoeffizient ab .80 gilt bei Einstellungsfragebögen bereits als gut und Werte ab .70 sind bei sehr kurzen Fragebögen ebenfalls tolerabel (Mummendey & Grau, 2008).

9.3. Analyse des Fragebogenteils „Rechte“

9.3.1. Eignung der Daten für eine Faktorenanalyse

Vor der Faktorenanalyse mit den Daten, welche mittels des Fragebogenteils „Rechte“ erhoben wurden, durchgeführt wurde, wurden die Daten auf ihre Eignung geprüft. Dazu fand eine Überprüfung der Items auf Interkorrelationen statt, welche positiv bestätigt werden konnte.

Das Kaiser-Meyer-Olkin Maß beträgt .79, ein Wert der laut Tabelle 14 „ziemlich gut“ ist. Dies ist ein weiterer Hinweis dafür, dass eine Faktorenanalyse sinnvoll ist. Das Muster der Anti-Image Korrelation ist ebenfalls günstig.

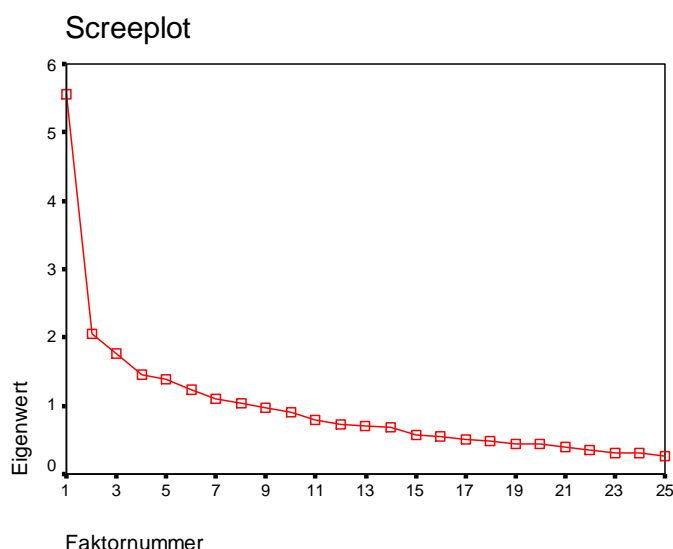
Mit .00000 liegt der Korrelationsdeterminant unter .00001 und ist zu niedrig, das heißt es liegt Multikollinearität vor. Die höchste Korrelation zweier Items ist die Korrelation der Variable „Frau/Herr M. sollte nicht rauchen“ mit Variable „Frau/Herr M. sollte keinen Alkohol trinken“, welche .70 beträgt. Aufgrund von inhaltlichen

Überlegungen wurde das Item „Frau/Herr M. sollte nicht rauchen“ daher ausgeschlossen. Dieses Item ist nicht eindeutig interpretierbar, da nicht klar ist, ob Frau oder Herr M. nicht rauchen sollte weil sie/er die Gefahr für die Gesundheit nicht einschätzen können oder weil sie/er einen Brand auslösen könnte. Der Bartlett- Test ist signifikant, somit ist keine Sphärizität vorhanden. Es muss noch angemerkt werden, dass keine Normalverteilung der Items vorliegt, sowie dass die Stichprobe mit 185 Personen unter denen von Field (2005) empfohlenen 300 Personen liegt. Die Daten sind aufgrund der vorherigen Erläuterungen, geeignet um einer Faktorenanalyse unterzogen zu werden, jedoch müssen diese Einschränkungen bei der Generalisierung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

9.3.2. Bestimmung der Faktorenanzahl

Laut dem Kaiser-Kriterium (Eigenwerte der Faktoren größer als 1) werden acht Faktoren extrahiert. Das Kriterium ist am verlässlichsten wenn weniger als 30 Variablen in die Faktorenanalyse einfließen und wenn die Kommunalitäten nach der Extraktion größer als .7 sind (Field, 2005). Anhand des Screeplots (Abbildung 2) würde sich auf fünf Faktoren schließen lassen. Da die ursprünglichen Kommunalitäten unter .7 liegen und fünf Faktoren in diesem Fall eher interpretierbar sind als acht, wird der Screeplot zur Bestimmung der Faktorenzahl herangezogen. Somit werden fünf Faktoren für die Skala „Rechte“ extrahiert, mit denen anschließend eine Varimax-Rotation durchgeführt wird.

Abbildung 2 Screeplot (Rechte)



9.3.3. Faktoren

Im Folgenden werden die fünf Faktoren und die dazugehörigen Items dargestellt. Die Faktoren wurden als „Rechte auf Privatsphäre und Information“, „Rechte auf eine selbstständige Lebensführung“, „Rechte als mündige/r Bürger/in“, „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ und „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ benannt. Der letzte Faktor ist als einziger negativ betitelt, jedoch wird auch dieser Faktor positiv kodiert, das heißt, ein hoher Wert bei diesem Faktor steht für mehr Rechte. Folgendes sind die zugehörigen Items (der Fragebogenversion „Frau“) zu den jeweiligen Faktoren:

Faktor 1 „Rechte auf Privatsphäre und Information“

Item 19: Auch wenn Frau M. die Pflege durch eine bestimmte Person als unangenehm empfindet, ist es nicht unbedingt notwendig, dass ihr eine andere Person zugewiesen wird. (Faktorenladung = .60)

Item 13: Die Weltanschauungen, Religionszugehörigkeit und das Ausüben religiöser Handlungen von Frau M. sollten akzeptiert werden, auch wenn dadurch ihre Versorgung komplizierter wird. (Faktorenladung = .44)

Item 11: Im Pflegeheim sollte jede(r) Betreuer(in) die Briefe von Frau M. ohne ihre Zustimmung lesen können. (Faktorenladung = .44)

Item 6: Es muss nicht unbedingt an der Tür von Frau M. geklingelt oder geklopft werden, um ihren Raum betreten zu können. (Faktorenladung = .43)

Item 25: Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung von Frau M. beteiligten Personen sollten Frau M. alle Entscheidungen abnehmen. (Faktorenladung = .40)

Item 20: Frau M. sollte keinen Alkohol trinken. (Faktorenladung = .38)

Item 3: Das Pflegepersonal muss Frau M. nicht erklären, wozu sie ihre Medikamente einnimmt. (Faktorenladung = .35)

Item 16: Frau M. sollte nicht in ihre Krankenakte Einsicht nehmen können. (Faktorenladung = .32)

Faktor 2 „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“

Item 1: Frau M. sollte ein selbstständiges Leben führen können, auch wenn dies einige Risiken beinhaltet. (Faktorenladung = .83)

Item 9: Wenn Frau M. möchte, sollte sie allein sein dürfen. (Faktorenladung = .53)

Item 2: Frau M. sollte sich jederzeit frei bewegen können. (Faktorenladung = .53)

Item 4: Das Pflege und Betreuungspersonal von Frau M. sollte dafür sorgen, dass ihr Alltag entsprechend ihren Vorstellungen gestaltet werden kann. (Faktorenladung = .37)

Faktor 3 „Rechte als mündige/r Bürger/in“

Item 15: Wenn Frau M. das Bedürfnis dazu hätte, sollte sie einen Partner haben dürfen, zu dem sie auch eine sexuelle Beziehung hat. (Faktorenladung = .69)

Item 17: Frau M. sollte vor Gericht für ihre Taten verantwortlich gemacht werden können. (Faktorenladung = .54)

Item 14: Frau M. sollte selbst entscheiden können, ob sie nach ihrem Tod ihre Organe spenden möchte. (Faktorenladung = .49)

Item 22: An den Regierungswahlen sollte Frau M. teilnehmen, falls sie dies möchte. (Faktorenladung = .47)

Item 24: Frau M. sollte es verboten werden, Auto zu fahren. (Faktorenladung = .39)

Faktor 4 „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“

Item 23: Der körperliche Zustand von Frau M. hat sich verschlechtert. Wenn bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt werden, könnte sie sterben. Hier sollte Frau M. selbst bestimmen können, in welchem Ausmaß und ob die Behandlung durchgeführt werden soll. (Faktorenladung = .58)

Item 21: Frau M. soll eine Vorausverfügung verfassen können, in der festgehalten wird, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen und welche Person später als Betreuer bestimmt werden soll. (Faktorenladung = .53)

Item 7: Frau M. sollte über pflegerische und medizinische Diagnosen und Maßnahmen aufgeklärt werden, zudem sollten mit ihr mögliche Risiken und Alternativen besprochen werden. (Faktorenladung = .53)

Item 26: Frau M. sollte ihre Finanzen selbst verwalten. (Faktorenladung = .46)

Item 10: Falls künstliche Ernährung bei Frau M. notwendig werden würde, sollte diese auch gegen ihren Willen durchgeführt werden. (Faktorenladung = .39)

Faktor 5 „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“

Item 8: Die Ärzte sollten für Frau M. entscheiden, an welchen medizinischen Maßnahmen sie teilnimmt. (Faktorenladung = .69)

Item 18: Frau M. bekommt die Möglichkeit an einer Behandlung teilzunehmen, deren Wirksamkeit und Sicherheit noch nicht wissenschaftlich überprüft sind. Hier sollten der Arzt und die Familie eine Entscheidung für sie treffen, ob sie daran teilnimmt. (Faktorenladung = .58)

Item 5: Die Familie und/ oder die Betreuer(innen) von Frau M. sollten entscheiden, wo sie lebt. (Faktorenladung = .54)

9.3.4. Reliabilität

Für jeden Faktor wurde die Reliabilität berechnet. In Tabelle 15 befindet sich Cronbachs Alpha für jeden Faktor. Die Werte liegen nur knapp unter dem für kürzere Fragebögen geforderten Wert von .70 (s. Abschnitt 9.2.).

Tabelle 15 Reliabilität der Faktoren «Rechte »

Faktor	Cronbachs Alpha
Rechte auf Privatsphäre und Information	.66
Rechte auf eine eigenständige Lebensführung	.69
Rechte als mündige/r Bürger/in	.66
Rechte mit hoher Eigenverantwortung	.65
Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere	.69

9.4. Analyse des Fragebogens „Soziale Distanz“

9.4.1. Eignung der Daten

Alle Variablen zeigen Korrelationen mit anderen Variablen auf, jedoch liegt keine Multikollinearität vor. Die Determinante ist größer als .0001 und alle Korrelationen liegen unter .63 Das Kaiser-Meyer-Olkin Maß beträgt .84, was bedeutet, dass die Daten für eine Faktorenanalyse „verdienstvoll“ sind. Der Bartlett-Test ist signifikant, damit ist keine Sphärizität vorhanden.

9.4.2. Faktorenextraktion

Es lässt sich aus den Variablen nur ein Faktor extrahieren, somit enthält die Skala „soziale Distanz“ nur eine Dimension. In Tabelle 16 befinden sich die

Faktorenladungen für den Faktor.

Tabelle 16 *Faktorenladungen auf dem Faktor « soziale Distanz »*

Items	Faktorenladungen
Mit Frau/Herrn M. anfreunden	.78
Mit Frau/Herrn M. den Abend verbringen	.75
Frau/ Herr M. persönlich unterstützen	.71
Einer Heirat mit einem Kind von Frau/Herrn M. zustimmen	.60
In der Nachbarschaft von Frau/Herrn M. wohnen	.54
Frau/Herr M. um einen Gefallen bitten	.51

9.4.3. Reliabilität

Cronbachs alpha der Skala „Soziale Distanz“ beträgt .80, ein Wert, der bei Einstellungsfragebögen laut Mummendey und Grau (2008) bereits als gut gilt.

9.5. Analyse des Fragebogenteils „Emotionen“

9.5.1. Eignung der Daten für eine Faktorenanalyse

Auch die Daten des Fragebogenteils „Emotionen“ wurden auf ihre Eignung überprüft. Es sind für jede Variable signifikante Korrelationen mit anderen Variablen vorhanden, Multikollinearität liegt keine vor. Die Determinante der Korrelationsmatrix ist größer als .0001 und es sind keine größeren Korrelationen als .5 vorhanden. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß beträgt .813, somit sind die Daten „verdienstvoll“ und für eine Faktorenanalyse geeignet. Der Bartlett-Test ist signifikant, es ist also keine Sphärizität vorhanden.

9.5.2. Faktoren

Nach Kaisers Kriterium und dem Screeplot werden vier Faktoren extrahiert. Die Faktoren heißen „unangenehme Emotionen“, „ablehnende Emotionen“, prosoziale Emotionen“ und „aggressive Emotionen“.

Faktor 1 „unangenehme Emotionen“

- Unsicherheit (Faktorenladung = .69)
- Unbehagen (Faktorenladung = .68)
- Bestürzung (Faktorenladung = .56)
- Verlegenheit (Faktorenladung = .54)

- Ungeduld (Faktorenladung = .40)
- Angst (Faktorenladung = .39)

Faktor 2 „ablehnende Emotionen“

- Ablehnung (Faktorenladung = .91)
- Abschreckung (Faktorenladung = .66)
- Ekel (Faktorenladung = .61)
- Spott (Faktorenladung = .51)

Dieses Item wurde, um die Reliabilität des Faktors zu erhöhen, ausgeschlossen.

Faktor 3 „prosoziale Emotionen“

- Mitleid (Faktorenladung = .66)
- Mitgefühl (Faktorenladung = .61)
- Sorgen (Faktorenladung = .60)
- Verlangen zu helfen (Faktorenladung = .49)

Faktor 4 „aggressive Emotionen“

- Wut (Faktorenladung = .82)
- Verärgerung (Faktorenladung = .70)

9.5.3. Reliabilität

Für jeden Faktor wurde ein Reliabilitätskoeffizient berechnet. In Tabelle 17 befindet sich Cronbachs Alpha für jeden Faktor. Das Alpha des Faktors „ablehnende Emotionen“ betrug .77. Ohne das Item „Spott“ beträgt das Alpha .81, deswegen wurde dieses Item ausgeschlossen. Cronbachs Alpha der Skalen „Unangenehme Emotionen“, „Ablehnende Emotionen“ und „Aggressive Emotionen“ liegen über .70, einem Wert der für kürzere Skalen als akzeptabel gilt.

Tabelle 17 Reliabilität der Faktoren «Emotionen »

Faktoren	Cronbachs Alpha
Unangenehme Emotionen	.77
Ablehnende Emotionen (ohne Spott)	.81
Prosoziale Emotionen	.69
Aggressive Emotionen	.72

9.6. Analyse der weiteren Fragebogenteile

Die Fragenbogenteile „Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken“, „Attribution“ und „Gefährlichkeit“ wurden keiner Faktorenanalyse unterzogen, da sie jeweils aus nur zwei Items bestehen. Für diese Fragenbogenteile wurde ebenfalls die interne Konsistenz mittels Cronbachs Alpha berechnet (Tabelle 18).

Tabelle 18 *Reliabilitäten*

Variablen	Cronbachs Alpha
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken (nur Items 1 und 2)	.57
Attribution	.24
Gefährlichkeit	.82

Die Skalen „wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken“ und „Attribution“ besitzen zwar eine sehr niedrige Reliabilität, aber aufgrund des Vorhandenseins von nur zwei Items innerhalb der Skalen, wird keins davon ausgeschlossen. Die Skala „Gefährlichkeit“ besitzt mit einer Reliabilität über .80 einen sehr guten Wert.

10. Auswertungsmethoden

Dieses Kapitel widmet sich der Darlegung der statistischen Methoden, die zur Auswertung der Hypothesen verwendet werden.

Um die weiteren Berechnungen ausführen zu können, wurden aus den Items Mittelwerte gebildet. Es entstanden dadurch fünf Skalen „Rechte“ und vier Skalen „Emotionen“, die aus den Faktoren (Kapitel 9) gebildet worden sind. Weiters wurden die Mittelwerte für die Skalen „Soziale Distanz“ „wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken“, „Attribution“ und „wahrgenommene Gefährlichkeit“ gerechnet. Fehlte ein Wert einer Person bei einer Variable, fand ein paarweiser Ausschluss statt.

10.1. Methode zur Überprüfung der Einflussvariablen auf soziale Distanz und wahrgenommene Rechte

Die Hypothesen 1, 2a-2f und 3a-3f überprüfen die Beziehung der Einflussvariablen auf die Variablen „soziale Distanz“ und „wahrgenommene Rechte“. Zur Überprüfung der Hypothesen wurden sechs *multiple Regressionsanalysen* gerechnet, mit der sozialen Distanz und den fünf Skalen Rechte als Kriterien. Als Prädiktoren wurden die Variablen ausgewählt, die schon in früheren Studien in Zusammenhang mit der sozialen Distanz bzw. wahrgenommenen Rechten / Fähigkeiten gebracht worden sind (Kapitel 4.8.). Da diese theoretische Begründung für die Verwendung der Prädiktoren vorhanden ist, wird die Einschluss-Methode für die Variablen gewählt. Die Regression wird dabei über die Gesamtstichprobe gerechnet.

Es bestehen laut Field (2005) einige Voraussetzungen für die multiple Regression: Die unabhängige Variable sollte metrisch oder nominal sein, die abhängige Variable metrisch. Die Varianz der Prädiktoren sollte nicht Null sein und es sollte keine perfekte Multikollinearität vorherrschen. Zudem ist es ungünstig, wenn die Prädiktoren mit äußeren Variablen korrelieren, da eine Vollständigkeit des Modells erwartet wird. Die Residuen sollten auf jedem Level die gleiche Varianz haben (Homoskedastizität). Eine weitere Voraussetzung ist die Unabhängigkeit und Normalverteilung der Fehler. Es wird erwartet, dass alle Werte der abhängigen Variable unabhängig sind und Linearität vorliegt.

Bei der Regressionsanalyse mit der sozialen Distanz als Kriterium werden folgende Prädiktoren verwendet:

- Wahrgenommene Rechte auf Privatsphäre und Information
- Wahrgenommene Rechte auf eine selbstständige Lebensführung
- Wahrgenommene Rechte als mündiger Bürger
- Wahrgenommene Rechte mit hoher Eigenverantwortung
- Wahrgenommene Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere
- Unangenehme Emotionen
- Ablehnende Emotionen
- Prosoziale Emotionen
- Aggressive Emotionen
- Wahrgenommene Gefährlichkeit
- Kontakt zu Menschen mit Demenz im Beruf
- Kontakt zu Menschen mit Demenz in der Familie
- Kontakt zu Menschen mit Demenz im Freundeskreis
- Selbsteingeschätztes Wissen über Demenz
- Wahrgenommene Verantwortlichkeit der Person für ihre Krankheit (Attribution)
- Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken

Bei der Regressionsanalyse mit den einzelnen Skalen der Rechte werden folgende Prädiktoren verwendet:

- Unangenehme Emotionen
- Ablehnende Emotionen
- Prosoziale Emotionen
- Aggressive Emotionen
- Wahrgenommene Gefährlichkeit
- Kontakt zu Menschen mit Demenz im Beruf
- Kontakt zu Menschen mit Demenz in der Familie
- Kontakt zu Menschen mit Demenz im Freundeskreis
- Selbsteingeschätztes Wissen über Demenz
- Wahrgenommene Verantwortlichkeit der Person für ihre Krankheit (Attribution)
- Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken

Für alle sechs Regressionsanalysen wurde anhand der Korrelationsmatrix, den Werten des VIF und der Toleranz die Multikollinearität geprüft, welche in keinem Fall vorliegt. Alle Durbin-Watson Werte sind sehr nahe an 2, deswegen können unabhängige Fehler angenommen werden. Die Histogramme und P-P-Plots der standardisierten Residuen deuten auf eine Normalverteilung hin. Anhand der weiteren Diagramme lässt sich auch auf Homoskedastizität (mit Ausnahme der Daten für aggressive Gefühle und Attribution) und Linearität der Daten schließen. Somit sind die Voraussetzungen für die Auswertung der Hypothesen mittels einer multiplen Regressionsanalyse erfüllt. Als Signifikanzniveau wird $\alpha = .05$ gewählt.

10.2. Methode zur Auswertung der Unterschiedshypothesen zwischen Laien und Professionellen sowie den Fragebogenversionen „Frau“ und „Mann“

Ursprünglich sollte eine multiple Varianzanalyse berechnet werden, um Unterschiede zwischen den vier Stichproben (Laien/Mann, Laien/Frau, Professionelle/Mann, Professionelle/Frau) hinsichtlich der Variablen „Rechte auf Privatsphäre und Information“, „Rechte auf eine selbstständige Lebensführung“, „Rechte als mündiger Bürger“, „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“, „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“, „Attribution“, „Wahrgenommene Gefährlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz“, „soziale Distanz“ und „Emotionen“ festzustellen, sowie um eventuelle Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen untersuchen zu können.

Es bestehen jedoch einige Verletzungen der Annahmen für die multiple Varianzanalyse. Mittels dem Kolmogorov-Smirnov Test und Histogrammen wurden die Daten auf Normalverteilung geprüft. Dabei stellte sich heraus, dass keines der Items über Normalverteilung verfügt. Der Box-Test ist signifikant ($F(234,29427.139) = 1.652$, $p < .01$), das heißt, dass keine Gleichheit der Kovarianzmatrizen gegeben ist. Für einige Variablen ist keine Homogenität der Varianzen vorhanden. So ist der Levene-Test bei den beiden Stichproben Laien und Professionelle bei den Variablen „Rechte auf Privatsphäre und Information“ und „ablehnende Emotionen“ signifikant. Bei den Stichproben Fragebogenversion „Mann“ und Fragebogenversion „Frau“ ist der Test bei den Variablen „ablehnende Emotionen“, „aggressive Emotionen“, sowie „Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken“ signifikant.

Aus diesen Gründen wird zur Auswertung der Hypothesen ein parameterfreies Verfahren, der *Mann-Whitney-U-Test*, anstatt einer multiplen Varianzanalyse gewählt. Mittels des Mann-Whitney-U-Tests können die Unterschiede zwischen den Laien und Professionellen, sowie zwischen der Fragebogenversion „Frau“ und der Fragebogenversion „Mann“ festgestellt werden. Als Signifikanzniveau wird $\alpha = .05$ gewählt. Da es sich beim Mann-Whitney-U-Test um ein parameterfreies Verfahren handelt, kann die Teststärke nicht bestimmt werden (Field, 2005).

11. Ergebnisse

An dieser Stelle werden die Ergebnisse, die aus der Untersuchung hervorgegangen sind, dargestellt. Zuerst werden die Deskriptivstatistik und die explorativen Fragestellungen behandelt. Anschließend werden die in Kapitel 6 aufgestellten Hypothesen untersucht.

11.1. Deskriptivstatistik und explorative Untersuchung der Fragestellungen

Im folgenden Abschnitt werden sowohl die deskriptiven Ergebnisse beschrieben, als auch die Fragestellungen, die explorativ untersucht werden, beantwortet. Berücksichtigt wurden dabei die Werte der Gesamtstichprobe, das heißt die vier Stichproben wurden zusammengefasst. Die Werte können im Bereich zwischen 1 und 5 liegen, wobei bei den jeweiligen Variablen die Werte verschieden kodiert sind. Die Bedeutung eines Wertes für die einzelnen Variablen wird deswegen im Folgetext erläutert. Zur Beschreibung der statistischen Kennwerte werden die international üblichen Abkürzungen für die Symbole verwendet. Die Stichprobengrößen sind für die verschiedenen Variablen unterschiedlich, da die Versuchspersonen einzeln bei den Items ausgeschlossen wurden, wenn ein fehlender Wert vorlag.

Zunächst werden jene Fragestellungen näher beleuchtet, die sich mit der Einstellung zu den Rechten einer Person mit einer leichten Alzheimer-Demenz beschäftigen:

Wie werden die aus den Chartas entnommenen Rechte beurteilt?
--

Um diese Fragestellung zu behandeln, werden die Werte für die, mittels der Faktorenanalyse, gebildeten Skalen (Punkt 9.2.3.) und Items der wahrgenommenen Rechte der Gesamtstichprobe betrachtet (Tabelle 19 bis Tabelle 23). Die Items wurden unabhängig von ihrer positiven oder negativen Formulierung so kodiert, dass je höher der Wert ist, desto mehr Rechte und Autonomie der Person mit Alzheimer-Demenz zugeschrieben werden. Wenn ein/e Teilnehmer/in einem negativ formulierten Item des Fragbogenteils „Rechte“ vollkommen zustimmte, erhielt er/sie den Wert „1“, da dies inhaltlich bedeutet, dass er/sie das jeweilige Recht der Person mit Alzheimer-Demenz nicht zugesteht. Somit bedeutet die Ablehnung eines negativ formulierten Items, dass

dem jeweiligen Recht zugestimmt wird und der/die Teilnehmer/in erhielt einen hohen Wert für das Item. Ein Beispiel für ein solches Item ist folgendes: „Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung von Frau/ Herr M. beteiligten Personen sollten Frau/Herr M. alle Entscheidungen abnehmen“ (Item 25). In Kapitel 8.5. ist angeführt, welche weiteren Items negativ formuliert sind.

Auf der Skala „Rechte auf Privatsphäre und Information“ fehlten sieben Werte, auf der Skala „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ zwei Werte, auf der Skala „Rechte als mündige/r Bürger/in“ zwei Werte, auf der Skala „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ vier Werte und auf der Skala „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ fünf Werte.

Tabelle 19 Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte auf Privatsphäre und Information“

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Rechte auf Privatsphäre und Information (Skala)	4.35	.507	/	/	/
Auch wenn Frau/ Herr M. die Pflege durch eine bestimmte Person als unangenehm empfindet, ist es nicht unbedingt notwendig, dass ihr/ihm eine andere Person zugewiesen wird.	4.26	.991	7.2%	9.4%	83.4%
Die Weltanschauungen, Religionszugehörigkeit und das Ausüben religiöser Handlungen von Frau/ Herr M. sollten akzeptiert werden, auch wenn dadurch ihre/ seine Versorgung komplizierter wird.	4.43	.956	6.6%	3.8 %	89.7%
Im Pflegeheim sollte jede(r) Betreuer(in) die Briefe von Frau/ Herr M. ohne seine/ ihre Zustimmung lesen können.	4.76	.581	.5 %	5.9 %	93.5%
Es muss nicht unbedingt an der Tür von Frau/ Herr M. geklingelt oder geklopft werden, um ihren/ seinen Raum betreten zu können.	4.65	.827	3.8%	3.2 %	93 %
Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung von Frau/ Herr M. beteiligten Personen sollten Frau/Herr M. alle Entscheidungen abnehmen.	4.31	.798	2.1 %	12.6 %	85.2%
Frau/ Herr M. sollte keinen Alkohol trinken.	3.46	1.290	24.1%	27.5%	48.4%
Das Pflegepersonal muss Frau/ Herr M. nicht erklären, wozu sie / er ihre Medikamente einnimmt.	4.5	.898	4.9%	4.9%	90.3%

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Frau/ Herr M. sollte nicht in ihre/ seine Krankenakte Einsicht nehmen können.	4.36	.971	6%	10.9%	83.1%

Anmerkungen

^a Antwortkategorien 1-2

^b Antwortkategorie 3

^c Antwortkategorie 4-5

Tabelle 20 Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Rechte auf eine eigenständige Lebensführung (Skala)	4.023	.758	/	/	/
Frau/ Herr M. sollte ein selbständiges Leben führen können, auch wenn dies einige Risiken beinhaltet.	3.32	1.367	33.4%	12%	54.6%
Wenn Frau/ Herr M. möchte, sollte sie/ er allein sein dürfen.	4.42.	.900	4.8%	11.9%	83.3%
Frau/ Herr M. sollte sich jederzeit frei bewegen können.	3.93	1.084	13.5%	13.5%	73%
Das Pflege- und Betreuungspersonal von Frau/ Herr M. sollte dafür sorgen, dass ihr/ sein Alltag entsprechend ihren Vorstellungen gestaltet werden kann.	4.44	.743	2.2%	8.6%	89.2%

Anmerkungen

^a Antwortkategorien 1-2

^b Antwortkategorie 3,

^c Antwortkategorie 4-5

Tabelle 21 Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte als mündige/r Bürger/in“

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Rechte als mündige/r Bürger/in (Skala)	3.56	.605	/	/	/
Wenn Frau/ Herr M. das Bedürfnis dazu hätte, sollte sie/ er einen Partner haben dürfen, zu dem sie/er auch eine sexuelle Beziehung hat.	4.57	.764	2.1%	8.6%	89.2%
Frau/ Herr M. sollte vor Gericht für ihre/ seine Taten verantwortlich gemacht werden können.	2.68	1.124	40.5%	38.4%	21%
Frau/Herr M. sollte selbst entscheiden können, ob sie/ er nach ihrem/seinem Tod ihre/ seine Organe spenden möchte.	4.55	.780	2.2%	11.4	86.5%
An den Regierungswahlen sollte Frau/ Herr M. teilnehmen, falls sie dies möchte.	4.22	1.074	6.5%	17.5%	75.9%

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Frau/Herr M. sollte es verboten werden, Auto zu fahren.	1.8	.835	79.8%	18.6%	1.6%

Anmerkungen

^a Antwortkategorien 1-2

^b Antwortkategorie 3,

^c Antwortkategorie 4-5

Tabelle 22 Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Rechte mit hoher Eigenverantwortung (Skala)	3.84	.656	/	/	/
Der körperliche Zustand von Frau/ Herr M. hat sich verschlechtert. Wenn bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt werden, könnte sie sterben. Hier sollte Frau/ Herr M. selbst bestimmen können, in welchem Ausmaß und ob die Behandlung durchgeführt werden soll.	3.86	1.187	14%	17.5%	68.3%
Frau/ Herr M. soll eine Vorausverfügung verfassen können, in der festgehalten wird, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen und welche Person später als Betreuer bestimmt werden soll.	4.38	.818	2.7%	11.5%	85.7%
Frau/ Herr M. sollte über pflegerische und medizinische Diagnosen und Maßnahmen aufgeklärt werden, zudem sollten mit ihr/ ihm mögliche Risiken und Alternativen besprochen werden.	4.62	.641	0.5%	7%	92.5%
Frau/ Herr M. sollte ihre Finanzen selbst verwalten.	2.51	1.005	52.5%	31.7%	15.9%
Falls künstliche Ernährung bei Frau/ Herr M. notwendig werden würde, sollte diese auch gegen ihren/ seinen Willen durchgeführt werden.	3.80	1.274	19%	22.3%	58.7%

Anmerkungen

^a Antwortkategorien 1-2

^b Antwortkategorie 3,

^c Antwortkategorie 4-5

Tabelle 23 Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere (Skala)	3.42	.940	/	/	/
Die Ärzte/innen sollten für Frau/ Herr M. entscheiden, an welchen medizinischen Maßnahmen sie/ er teilnimmt.	.3.31	1.288	29.7%	22.7%	47.6%
Frau/ Herr M. bekommt die Möglichkeit an einer Behandlung teilzunehmen, deren Wirksamkeit und Sicherheit noch nicht wissenschaftlich überprüft sind. Hier sollten der/die A(e)rzt/in und die Familie eine Entscheidung für sie/ ihn treffen, ob sie/er daran teilnimmt.	3.65	1.151	17.2%	26.1%	56.6%
Die Familie und/ oder die Betreuer/innen von Frau/ Herr M. sollten entscheiden, wo er/ sie lebt.	3.24	1.161	28.6%	23.2%	48.1%

Anmerkungen

^a Antwortkategorien 1-2

^b Antwortkategorie 3,

^c Antwortkategorie 4-5

Da das Item „Frau/Herr M. sollte nicht rauchen“ aus der Faktorenanalyse ausgeschlossen wurde (Kapitel 9), ist es keiner der Skalen zugehörig:

	MW	SD	Niedrig ^a	Neutral ^b	Hoch ^c
Frau/ Herr M. sollte nicht rauchen	3.31	1.470	29.2%	26.5%	44.4%

Aus den Tabellen 19 bis 23 ist ersichtlich, dass viele Rechte einen Mittelwert über 4 haben und somit vielen Rechten zugestimmt wird. Im Folgenden wird auf die Rechte eingegangen, die einen Mittelwert unter 4 haben und somit im Vergleich zu den anderen Rechten niedriger bewertet wurden. Den niedrigsten Wert (MW = 1.8) erhält das Item „Frau/Herrn M. sollte es verboten werden, Auto zu fahren“. Es waren 79.8 % der befragten Personen dafür, dass Frau/Herr M. das Autofahren verboten werden sollte, nur 1.6 % waren dagegen. Mit einem Mittelwert von 2.51 folgt an zweiter Stelle die Selbstverwaltung der Finanzen, bei der 52.5 % der befragten Personen dagegen waren, dass Frau/Herr M. diese Tätigkeit ausübt. 40.5 % der Personen waren dagegen (MW = 2.68), dass Frau/Herr M. vor Gericht für ihre/seine Taten verantwortlich gemacht wird, 38.4 % waren unentschieden. Etwas mehr Zuspruch, aber trotzdem noch einen niedrigen Wert, erhielten die Items, ob Frau/Herr M. Alkohol trinken (MW = 3.46) oder rauchen (MW = 3.31) sollte. Ebenfalls niedrig im Vergleich zu den anderen Rechten

eingeschätzt, wurde die Frage, ob die Ärzte/innen für Frau/Herrn M. entscheiden sollten, an welchen medizinischen Maßnahmen sie/er teilnimmt (MW = 3.31) sowie ob und in welchem Ausmaß eine Behandlung durchgeführt werden soll (MW = 3.86). Ein selbstständiges Leben, auch wenn dieses einige Risiken beinhaltet (MW = 3.32), wurde von 54.6 % eindeutig befürwortet. 48.1% sagen, dass Frau/Herr M. selbst entscheiden sollte, wo sie/er lebt (MW = 3.24). Dass Frau/Herr M selbst entscheiden sollte, ob sie/er an einer Studie zu Forschungszwecken teilnehmen sollte, wurde auch eher niedrig bewertet (MW = 3.65), 17.2 % der befragten Personen waren dagegen, 26.1 % unentschieden. Das Item „Falls künstliche Ernährung bei Frau/ Herr M. notwendig werden würde, sollte diese auch gegen ihren/seinen Willen durchgeführt werden“ erhält einen Mittelwert von 3.80 und das Item „Frau/Herr M. sollte sich jederzeit frei bewegen können“ erhält einen Mittelwert von 3.93. Alle anderen Rechte haben einen höheren Mittelwert als 4.

Einigen Rechten wurde fast ausschließlich zugestimmt. Nahezu alle Teilnehmer/innen (93.5 %) waren dagegen, dass im Pflegeheim jeder die Briefe von Frau/Herr M. ohne ihre Zustimmung lesen sollte (MW = 4.76). Ähnlich viele Personen sind dafür, dass an der Tür von Frau/Herrn geklopft werden muss, um ihren/seinen Raum betreten zu können (93 %, MW = 4.65). 90 % der befragten Personen waren dafür, dass das Pflegepersonal Frau/Herr M. erklären sollte, wozu sie/er ihre/seine Medikamente einnimmt (MW = 4.5). 89 % denken, dass das Pflege- und Betreuungspersonal von Frau/Herr. M. dafür sorgen sollte, dass ihr/sein Alltag entsprechend ihren Vorstellungen gestaltet wird (MW = 4.44). Die Mehrheit der Befragten war dafür, dass Frau/Herr M. einen/eine Partner/Partnerin haben dürfte, zu dem sie/er auch eine sexuelle Beziehung hat (MW = 4.57) und dass sie/er selbst entscheidet, ob sie/er nach ihrem ihrem/seinem Tod, ihre/seine Organe spenden möchte (MW = 4.55). 92 % waren der Meinung, dass Frau/Herr M. über pflegerische und medizinische Diagnosen und Maßnahmen aufgeklärt und mit ihr/ihm mögliche Risiken und Alternativen besprochen werden sollten (MW = 4.62).

Welcher Art Rechte wird zugestimmt?

Am meisten zugestimmt wurde der Skala „Rechte auf Privatsphäre und Information“, wo der Mittelwert bei 4.35 liegt und 79.2 % der Teilnehmer/innen einen Wert angeben, der zwischen 4 und 5 liegt. Mit einem Mittelwert von 3.42 erhält die Skala „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ am wenigsten Zuspruch. In Anbetracht der fünf Faktoren, wurden die Rechte, bei denen es um eigenständige Lebensführung, Privatsphäre und Information geht, höher eingestuft, als die Rechte, die Entscheidungen mit hoher Verantwortung betreffen oder Rechte, die mündigen Bürgern/innen vorbehalten sind. Weiters erhielten Items, die die Zustimmung erfragten, ob signifikante Andere von Frau/Herrn M. Entscheidungen für sie/ihn treffen sollten, weniger Zuspruch (Tabelle 19 bis Tabelle 24)

Tabelle 24 *Prozentangaben der Verteilung der Werte auf den Skalen*

	< 1.9	2-2.9	3.-3.9	4- 5
Rechte auf Privatsphäre und Information	0 %	1.1 %	19.7	79.2 %
Rechte auf eine eigenständige Lebensführung	0 %	9.3 %	30 %	60.7 %
Rechte als mündige/r Bürger/in	1.6 %	11.5 %	55.8 %	31.1 %
Rechte mit hoher Eigenverantwortung	0 %	8.8 %	39.8 %	51.4 %
Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere	5.6 %	20 %	40 %	34.4 %

Werden Menschen mit Alzheimer-Demenz diskriminiert?

Der Wert der Skala „Soziale Distanz“ ermöglicht es, festzustellen, inwiefern Menschen mit Alzheimer-Demenz diskriminiert werden. Ein hoher Wert auf dieser Skala bedeutet weniger soziale Distanz und mehr Nähe. Die Mittelwerte liegen alle über 3, somit ist die soziale Distanz zu einer Person mit Alzheimer-Demenz unter den Versuchsteilnehmer eher niedrig. Der höchste Zuspruch, erfuhr die Frage, ob die Teilnehmer/innen zu einer Heirat ihres eigenen Kindes mit einem Kind von Frau/ Herr

M. zustimmen würden. Am wenigsten waren die Versuchsteilnehmer/innen bereit, Frau/Herr M um einen Gefallen zu bitten. Alle weiteren Items liegen in einem mittleren bis hohen Bereich. Es liegt somit allenfalls eine mittlere bis gar keine Diskriminierung vor. Es wurden vor allem die Items niedriger eingestuft, die mehr persönlichen Einsatz erfordern (Tabelle 25). Auf dieser Skala fehlen die Werte von drei Versuchspersonen.

Tabelle 25 Mittelwerte, Median, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Items und des Gesamtwerts für die Skala « Soziale Distanz »

	MW	SD	Niedrig^a	Neutral^b	Hoch^c
Soziale Distanz Gesamtwert	3.92	.667	/	/	/
In der Nachbarschaft von Frau/Herr M. wohnen	4.16	.772	.5%	21.2%	78.3%
Einen Abend mit Frau/Herr M. verbringen	4.18	.807	3.2%	13.6%	83.2%
Mit Frau/Herr M. anfreunden	3.76	.996	11.4%	26.6%	61.9%
Einer Heirat des eigenen Kindes mit einem Kind von Frau/Herr M. zustimmen	4.41	.739	1.1.%	11.9%	87%
Frau/Herr M. persönlich unterstützen	3.9	.888	5.4	26.6	68%
Frau/Herr M. um einen Gefallen bitten	3.08	1.128	31.5%	34.8%	33.7%

Welche Emotionen werden Personen mit Demenz entgegengebracht?

In den Tabellen 26 und 27 und in der Abbildung 3 befinden sich die Ergebnisse für die Skalen „Emotionen“. Bei der Skala „Unangenehme Emotionen“ fehlen 11 Werte, bei der Skala „Ablehnende Gefühle“ fehlen keine Werte, bei der Skala „Prosoziale Gefühle“ sind es sechs fehlende Werte und bei der Skala „Aggressive Gefühle“ sind es zwei.

Tabelle 26 Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen der Skalen « Emotionen »

	MW	SD
Unangenehme Emotionen	1.97	.744
Ablehnende Emotionen	1.19	.448
Prosoziale Emotionen	3.47	.793
Aggressive Emotionen	1.23	.611

Abbildung 3 Mittelwerte der Items « Emotionen »

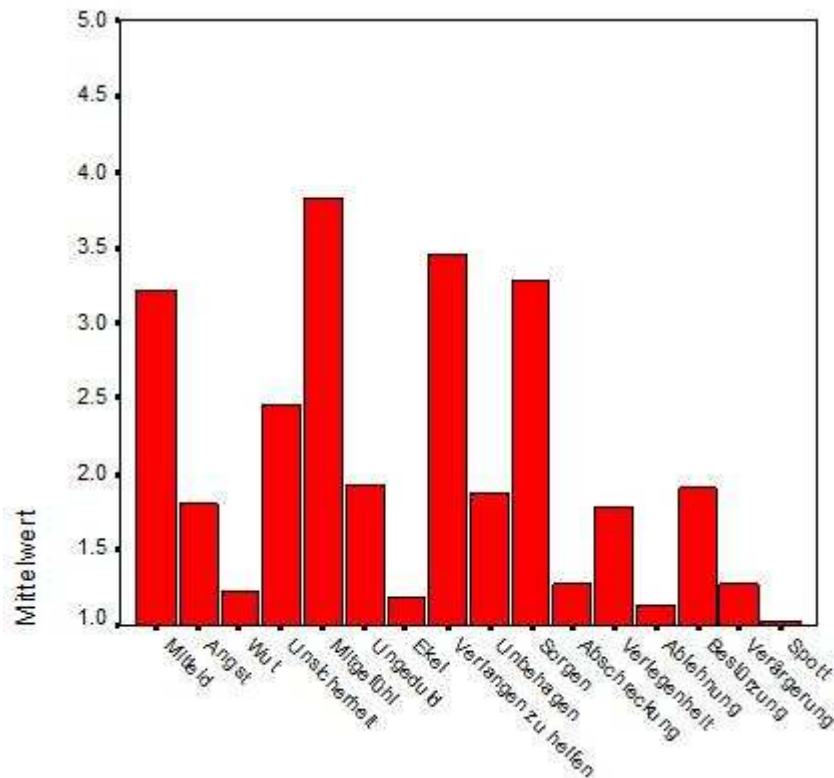


Tabelle 27 Prozentzahlen der Verteilung und Standardabweichungen der Werte

	Niedrig^a	Neutral^b	Hoch^c	SD
Mitleid	26.4%	31.6%	42.3%	1.183
Angst	71.5%	19.7%	8.7%	1.048
Wut	93%	4.3%	2.7%	.722
Unsicherheit	57.7%	20.9%	21.4%	1.236
Mitgefühl	9.9%	24.7%	65.4%	1.034
Ungeduld	74.9%	16.9%	8.2%	1.037
Ekel	95.1	3.8%	1.1%	.547
Verlangen zu helfen	17.8%	36.2%	45.9%	1.063
Unbehagen	72.1%	19.1%	8.8%	1.029
Sorgen	23.8%	29.7%	46.5%	1.143
Abschreckung	92.5%	7%	0.5%	.606
Verlegenheit	72.4%	21.1%	6.5%	1.016

	Niedrig^a	Neutral^b	Hoch^c	SD
Ablehnung	97.3%	2.7%	0%	.415
Bestürzung	93%	5.4%	1.6%	1.170
Verärgerung	93%	5.4%	1.6%	.653
Spott	99.5%	0.5%	0%	.180

Insgesamt sind viele der abgefragten Emotionen in Hinblick auf Frau/Herrn M. nicht sehr stark ausgeprägt. Das stärkste Gefühl, welches Alzheimerpatienten entgegengebracht wird, ist Mitgefühl (MW = 3.86, SD = 1.034), zu einem mittleren Ausmaß werden Mitleid (MW = 3.26, SD = 1.183), Verlangen zu helfen (MW = 3.46, SD = 1.063) und Sorgen (MW = 3.32, SD = 1.143) empfunden. Als einziges negatives Gefühl, das nicht den prosozialen Emotionen zugeordnet wird, ist Unsicherheit etwas höher ausgeprägt (MW=2.43, SD=1.236). Wut, Ekel, Ablehnung, Abschreckung und Spott werden so gut wie gar nicht empfunden (Abbildung 3). Die Skala „prosoziale Emotionen“ erzielt den höchsten Wert (MW = 3.479), dann folgt die Skala „unangenehme Emotionen“ (MW = 1.967), welche aber deutlich niedriger ausgeprägt sind. Sehr niedrige Werte erhielten die Skalen „ablehnende Emotionen“ (MW = 1.96) und „aggressive Emotionen“ (MW = 1.23) (s. Tabelle 26).

Wie hoch wird die Gefährlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz im Anfangsstadium eingeschätzt?

Die Gefährlichkeit der beschriebenen Person für sich selbst (MW = 2.63, SD = .772) wird höher eingeschätzt als ihre Gefährlichkeit für ihre Umwelt (MW = 2.40, SD = .810). Für den Gesamtwert ergibt sich mit einem Mittelwert von 2.51 (SD = .728) ein Wert im unteren Bereich. Ein Wert fehlte für diese Skala.

Wird eine Person mit Alzheimer-Demenz verantwortlich für ihre Krankheit und deren Ausmaß gemacht?

Es wird zu einem mittleren Wert eingeschätzt, dass Frau/Herr M. etwas zur Kontrolle ihres Zustandes beitragen kann (MW=2.69, SD=.966). Für den Ausbruch der Krankheit an sich wird sie/er als wenig verantwortlich gesehen (MW = 1.34, SD = .635). Der Mittelwert des Gesamtwerts beträgt 2.0221 (SD = .616). Bei dieser Skala fehlen

vier Werte.

11.2. Auswertung der Hypothesen

Im folgenden Kapitel werden die Hypothesen, die in Kapitel 6 aufgestellt wurden, überprüft. Dabei kommen jene statistischen Verfahren zum Einsatz, die in Kapitel 10 beschrieben wurden.

11.2.1. Einflussvariablen auf soziale Distanz

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen 1, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e und 2f dargestellt, welche die Beziehung zwischen der sozialen Distanz und ihren Einflussfaktoren betreffen. Um diese Hypothesen zu überprüfen, wurde eine multiple Regressionsanalyse, deren Voraussetzungen in Kapitel 10 überprüft wurden, berechnet. Das Kapitel ist so aufgebaut, dass zuerst die Modellzusammenfassungen der Regressionen dargestellt werden, anschließend werden die Hypothesen, welche mit Hilfe des Regressionsmodells beantwortet werden können, behandelt.

Multiple Regression mit der sozialen Distanz als Kriterium

Aus der Regressionsanalyse ergeben sich ein R^2 von .448 und ein korrigiertes R^2 von .382. Die Änderung in $F(16,135) = 6.842$ ist signifikant, $p < .01$. Die Effektgröße f^2 beträgt .81 und die Teststärke 1 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). In Tabelle 28 befinden sich die Ergebnisse für die Prädiktorvariablen. Für die einseitig formulierten Hypothesen, wurde der p-Wert durch 2 geteilt und dieses Signifikanzniveau wird in dieser und den folgenden Regressionstabellen berücksichtigt.

Tabelle 28 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Soziale Distanz » ($N = 152$)

Konstante und Variablen	B	SE	β
Konstante	1.694	0.561	/
Kontakt Beruf	-0.009	0.064	-.013
Kontakt Familie	0.067	0.065	.071
Kontakt Freunde	0.150	0.088	.177*
Wissen	0.180	0.080	.183*
Unangenehme Emotionen	-0.226	0.082	-.248**
Ablehnende Emotionen	-0.277	0.130	-.168*
Prosoziale Emotionen	0.303	0.060	.372**
Aggressive Emotionen	0.227	0.067	.225**

Konstante und Variablen	B	SE	β
Attribution	0.147	0.075	.135
Gefährlichkeit	-0.105	0.068	-.117
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken	-0.16	0.068	-.016
Rechte auf Privatsphäre und Information	0.277	0.112	.216**
Rechte auf eine eigenständige Lebensführung	-0.008	0.078	-.008
Rechte als mündige/r Bürger/in	0.063	0.086	.055
Rechte mit hoher Eigenverantwortung	-0.048	0.082	-.048
Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere	-0.049	0.055	-.069

Anmerkungen. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Mit Hilfe dieses Modells können die Hypothesen 1, sowie 2a-2f beantwortet werden.

H1: Eine niedrige Einschätzung der Rechte einer Person mit Alzheimer-Demenz hat einen Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber dieser Person.

Zur Erfassung der wahrgenommenen Rechte wurden alle fünf Skalen, die sich in der Analyse des Fragebogens herausgestellt haben, verwendet. Dabei zeigte sich, dass nur der Faktor „Rechte auf Privatsphäre und Information“ ($\beta = .216$, $p < .01$) in Zusammenhang mit sozialer Distanz steht. Es handelt sich dabei um einen positiven Einfluss: das bedeutet, je mehr Rechte auf Privatsphäre und Information zugestanden werden, umso kleiner ist der Wunsch nach sozialer Distanz. H1 wird somit für Rechte auf Privatsphäre und Information angenommen, für die anderen Skalen wird die Nullhypothese angenommen.

H2a: Es besteht ein negativer Einfluss von Vertrautheit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer Demenz.

Vertrautheit wurde mittels der Variable Kontakt zu Menschen mit Demenz und selbsteingeschätztem Wissen über Demenz erhoben. Bezüglich des Kontakts zu

Menschen mit Demenz im Freundeskreis ($\beta = .177$, $p < .05$) und selbsteingeschätztem Wissen über Demenz ($\beta = .183$, $p < .05$) kann die Hypothese 2a angenommen werden.

H2b: Es besteht ein Einfluss von wahrgenommener Wahrscheinlichkeit selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken auf die soziale Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.

Der Einfluss von wahrgenommener Wahrscheinlichkeit selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken auf soziale Distanz zu Menschen mit Alzheimer-Demenz ist nicht signifikant ($\beta = -.16$). Somit wird für Hypothese 2b die Nullhypothese beibehalten.

H2c: Es besteht ein positiver Einfluss von wahrgenommener Gefährlichkeit auf soziale Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.

Es besteht kein signifikanter Einfluss von wahrgenommener Gefährlichkeit auf soziale Distanz ($\beta = -.117$). Somit wird Nullhypothese akzeptiert.

H2d: Es besteht ein Einfluss der wahrgenommen Verantwortlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz für ihre Krankheit auf sozialer Distanz gegenüber dieser Person.

Die Hypothese H2d wird nicht angenommen, da kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht ($\beta = -.135$).

H2e: Es besteht ein positiver Einfluss von negativen emotionalen Reaktionen auf soziale Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.

Hypothese 2e kann sowohl für unangenehme Emotionen ($\beta = -.248$, $p < .01$) als auch für ablehnende Emotionen ($\beta = -.168$, $p < .05$) angenommen werden, da ein signifikanter positiver Zusammenhang zu sozialer Distanz besteht. Zwischen der Variable aggressive Gefühle ($\beta = .225$, $p < .01$) und sozialer Distanz besteht ein negativer Zusammenhang, deshalb wird die Hypothese mit dem Einflussfaktor aggressive Gefühle nicht angenommen.

H2f: Es besteht ein negativer Einfluss von prosozialen Emotionen auf soziale Distanz gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.

Hypothese H2f wird angenommen, da der negative Einfluss von prosozialen Emotionen auf soziale Distanz signifikant ist ($\beta = .372$, $p < .01$).

11.2.2. Einflussvariablen auf wahrgenommene Rechte

Die Hypothesen 3a, 3b, 3c, 3d, 3e und 3f beschäftigen sich mit dem Einfluss von Vorhersagevariablen auf die einzelnen Skalen der Rechte als Kriterium. Auch für die Berechnung dieser Hypothesen sind die Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse erfüllt (Kapitel 10). Zunächst wird eine Zusammenfassungen der multiplen Regressionen für die einzelnen Kriterien dargestellt.

Kriterium: „Rechte auf Privatsphäre und Information“

Bei diesem Modell beträgt das R^2 .301 und das korrigierte R^2 .246. Die Änderung des Models ist signifikant, $F(11, 142) = 5.550$, $p < .01$. Die Effektgröße f^2 beträgt .43 und die Teststärke .99 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). In Tabelle 29 befinden sich die Werte für die Prädiktorvariablen.

Tabelle 29 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte auf Privatsphäre und Information » ($N = 154$)

Konstante und Variablen	B	SE	β
Konstante	3.525	.312	/
Kontakt Beruf	.102	.050	.186*
Kontakt Familie	.038	.055	.051
Kontakt Freunde	.149	.074	.148*
Wissen	.184	.065	.243**
Unangenehme Emotionen	.047	.068	.066
Ablehnende Emotionen	-.231	.108	-.179*
Prosoziale Emotionen	.049	.050	.077
Aggressive Emotionen	.052	.057	.066
Attribution	.039	.060	.046
Gefährlichkeit	-.099	.053	-.141*

Konstante und Variablen	B	SE	β
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken	.040	.057	.051

Anmerkungen. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Kriterium: „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“

Das R^2 für dieses Modell beträgt .394 und das korrigierte R^2 .300. Die in Änderung in $F(11,146)$ beträgt 7.129 und ist signifikant, $p < .01$. Die Effektgröße f^2 beläuft sich auf .65 und die Teststärke auf 1 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007).

Tabelle 30 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte auf eine eigenständige Lebensführung » ($N = 158$)

Konstante und Variablen	B	SE	B
Konstante	3.556	.424	/
Kontakt Beruf	.310	.068	.397**
Kontakt Familie	-.095	.073	-.090
Kontakt Freunde	.059	.099	.041
Wissen	.210	.088	.195**
Unangenehme Emotionen	.266	.092	.262**
Ablehnende Emotionen	-.169	.148	-.091
Prosoziale Emotionen	-.083	.068	-.091
Aggressive Emotionen	.015	.078	.013
Attribution	.084	.082	.069
Gefährlichkeit	-.223	.072	-.222**
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken	-.046	.078	-.042

Anmerkungen. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Kriterium: „Rechte als mündige/r Bürger/in“

Das R^2 dieses Modells beträgt .137, das korrigierte R^2 .072, und die Änderung in $F(11,145)$ beträgt 2.2099, $p < .05$. Die Effektgröße f^2 beträgt .21 und die Teststärke .98 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007).

Tabelle 31 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte als mündige/r Bürger/in » (N = 157)

Konstante und Variablen	B	SE	β
Konstante	3.293	.397	/
Kontakt Beruf	-.095	.064	-.150
Kontakt Familie	-.019	.070	-.022
Kontakt Freunde	-.020	.093	-.017
Wissen	.142	.082	.163*
Unangenehme Emotionen	-.022	.086	-.027
Ablehnende Emotionen	.164	.139	.109
Prosoziale Emotionen	-.026	.064	-.036
Aggressive Emotionen	.033	.073	.036
Attribution	.255	.077	.259**
Gefährlichkeit	-.173	.068	-.213**
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken	.039	.073	.043

Anmerkungen. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Kriterium: „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“

Das R^2 dieses Modells beträgt .231 und das korrigierte R^2 .173. Die Änderung in $F(11, 145)$ beträgt 3.959, $p < .01$. Die Effektgröße f^2 beträgt .30 und die Teststärke .99 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007).

Tabelle 32 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte mit hoher Eigenverantwortung » (N = 157)

Konstante und Variablen	B	SE	β
Konstante	3.139	.418	/
Kontakt Beruf	.066	.067	-.007
Kontakt Familie	-.007	.073	-.007
Kontakt Freunde	.002	.098	.002
Wissen	.195	.087	.200*
Unangenehme Emotionen	.068	.091	.074
Ablehnende Emotionen	-.169	.146	-.101
Prosoziale Emotionen	.122	.067	.136*
Aggressive Emotionen	.101	.077	.098
Attribution	.234	.081	.213**
Gefährlichkeit	-.259	.071	-.286**
Wahrgenommene	-.015	.077	-.015

Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken			
---	--	--	--

Anmerkungen. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Kriterium: „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“

Das R^2 dieses Modells beträgt .177 und das korrigierte R^2 beträgt .115. Die Änderung in $F(11,144)$ ist mit 2.825 signifikant, $p < .01$. Die Effektgröße f^2 beträgt .22 und die Teststärke .99 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007).

Tabelle 33 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere » ($N = 156$)

Konstante und Variablen	B	SE	β
Konstante	4.262	.625	/
Kontakt Beruf	-.042	.100	-.42
Kontakt Familie	-.121	.109	-.088
Kontakt Freunde	.054	.146	.029
Wissen	.249	.130	.177*
Unangenehme Emotionen	.057	.135	.043
Ablehnende Emotionen	-.257	.217	-.107
Prosoziale Emotionen	-.122	.099	-.103
Aggressive Emotionen	.059	.115	.040
Attribution	.119	.121	.075
Gefährlichkeit	-.394	.106	-.302**
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken	.078	.115	.054

Anmerkungen. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Mittels der Werte aus den Tabellen 29 bis 33 werden die Hypothesen 3a bis 3f überprüft.

H3a: Es besteht ein positiver Einfluss von Vertrautheit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz auf die wahrgenommenen Rechte dieser Person.

Zur Erhebung der Vertrautheit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz wurden die Variablen Wissen über Demenz und Kontakt zu Menschen mit Demenz verwendet. Die Einflussvariablen Kontakt im Beruf zu Demenzpatienten ($\beta = .186$, $p < .05$) und Kontakt im Freundeskreis zu Menschen mit Demenz ($\beta = .148$, $p < .05$), sowie das selbst

eingeschätzte Wissen über Demenz ($\beta = .243$, $p < .01$) haben einen positiven Einfluss auf wahrgenommene „Rechte auf Privatsphäre und Information“. Der Kontakt im Beruf ($\beta = .397$, $p < .01$) und selbsteingeschätztes Wissen über Demenz ($\beta = .195$, $p < .01$) haben einen positiven Einfluss auf wahrgenommene „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“. Weiters hat das selbsteingeschätzte Wissen über Demenzerkrankungen einen signifikanten Einfluss auf wahrgenommene „Rechte als mündige/r Bürger/in“ ($\beta = .163$, $p < .05$), auf „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“, ($\beta = .200$, $p < .05$) und auf die „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ ($\beta = .177$, $p < .05$).

Somit kann für die Variable „Kontakt im Beruf“ für die Kriteriumsvariablen „Rechte auf Privatsphäre und Information“ und „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ die Hypothese 3a angenommen werden. Für die Variable Kontakt im Freundeskreis kann die Hypothese für die Variable wahrgenommene „Rechte auf Privatsphäre“ angenommen werden. Für die Einflussvariable „Wissen“ kann die Hypothese 3a für alle Rechte angenommen werden.

H3b: Es besteht ein Einfluss der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken auf die wahrgenommenen Rechte einer Person mit Alzheimer-Demenz.

Es wurde kein Einfluss der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit selbst an Alzheimer-Demenz zu erkranken auf wahrgenommene Rechte gefunden, somit kann die Hypothese 3b nicht angenommen werden.

H3c: Es besteht ein Einfluss von hoher wahrgenommener Gefährlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz auf eine niedrige Wahrnehmung der Rechte dieser Person.

Gefährlichkeit hat einen negativen Einfluss auf die Wahrnehmung der „Rechte auf Privatsphäre und Information“ ($\beta = -.141$, $p < .05$), auf die Wahrnehmung der „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ ($\beta = -.222$, $p < .01$), auf die „Rechte als mündige/r Bürger/in“ ($\beta = -.213$, $p < .01$) auf „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ ($\beta = -.286$, $p < .01$) und auf die „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ ($\beta = -.286$, $p < .01$).

Die Hypothese 3c kann somit für alle fünf Kriteriumsvariablen bestätigt werden.

H3d: Eine als niedrig eingeschätzte Verantwortlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz für ihre Erkrankung führt zu einer höheren Wahrnehmung ihrer Rechte.

Eine hohe wahrgenommene Verantwortlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz ($\beta = .259$, $p < .01$) hat einen positiven Einfluss auf die Wahrnehmung der „Rechte als mündige/r Bürger/in“, diese Hypothese muss somit verworfen werden.

Wahrgenommene Verantwortlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz ($\beta = .213$, $p < .01$) hat einen positiven Einfluss auf „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“, somit muss auch die Hypothese für diese Kriteriumsvariable verworfen werden.

H3e: Es besteht ein Einfluss von negativen emotionalen Reaktionen gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz auf die wahrgenommenen Rechte dieser Person.

Ablehnende Emotionen ($\beta = -.179$, $p < .05$) haben einen signifikant negativen Einfluss auf die Wahrnehmung der „Rechte auf Privatsphäre und Information“, somit wird die Hypothese 3e für diese Variablen bestätigt.

Unangenehme Emotionen ($\beta = .262$, $p < .01$) haben einen signifikant positiven Einfluss auf wahrgenommene „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“, damit wird auch für diese Variablen die Hypothese 3e verworfen.

H3f: Es besteht ein negativer Einfluss von prosozialen Emotionen gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz auf die wahrgenommenen Rechte dieser Person.

Prosoziale Emotionen ($\beta = .136$, $p < .05$) haben einen positiven Einfluss auf „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“, daher wird diese Hypothese verworfen.

11.2.3. Unterschiede in den Urteilen zwischen Laien und Professionellen

Die Hypothesen 4a, 4b, 4c und 4d beziehen sich auf die Unterschiede zwischen Laien und Professionellen in der Einstellung zu Menschen mit Alzheimer-Demenz. Zur Überprüfung dieser Hypothesen wurde ein parameterfreies Verfahren, der Mann-Whitney-U-Test (Kapitel 10), verwendet

In den Stichproben der Laien und Professionellen wurden die Ergebnisse der beiden Fragebogenversionen summiert. Um eventuelle Verzerrungen innerhalb der einzelnen Stichproben zu untersuchen, wurden zusätzlich zwei Mann-Whitney-U-Tests zwischen den Gruppen Mann/Laie und Mann/Professionell sowie zwischen den Gruppen Frau/Laie und Frau/Professionell gerechnet. Falls es dort zu auffälligen Ergebnissen gekommen ist, werden diese hier berichtet.

Einige Hypothesen wurden durch mehrere Signifikanztests überprüft, weil die darin enthaltenen Variablen durch mehrere Variablen operationalisiert wurden. Um die dadurch entstehende α -Fehler-Kumulierung zu vermeiden, wurde folgende α -Fehler-Korrektur vorgenommen: $\alpha' = 1 - (1 - \alpha)^{1/m}$. Die globale H_0 kann mit $\alpha = .05$ verworfen werden, wenn mindestens ein Test α' erreicht oder unterschreitet (Bortz, 2005).

Bei den signifikanten Unterschieden zwischen den Stichproben wird weiters die Effektgröße mit angegeben. Dazu wird der Korrelationskoeffizient nach Pearson (r) verwendet. Wenn $r = .10$ (der Effekt erklärt 1% der Gesamtvarianz), liegt ein kleiner Effekt vor, bei $r = .30$ liegt ein mittlerer Effekt vor (der Effekt erklärt 9% der Gesamtvarianz) und bei $r = .50$ liegt ein großer Effekt vor (der Effekt erklärt 25% der Gesamtvarianz).

In Tabelle 34 befinden sich die Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges für die beiden Stichproben

Tabelle 34 Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges der Stichprobengruppen „Laien“ und „Professionelle“

Variablen	Laien			Professionelle		
	MW	SD	Range	MW	SD	Range
Rechte auf Privatsphäre und Information	4.16	.51686	2.25	4.47	.46465	2.75
Rechte auf eine eigenständige Lebensführung	3.61	.72910	3.00	4.30	.65035	2.25
Rechte als mündige/r Bürger/in	3.61	.60555	3.00	3.53	.60613	3.40

Variablen	Laien			Professionelle		
	MW	SD	Range	MW	SD	Range
Rechte mit hoher Eigenverantwortung	3.65	.59828	2.60	3.96	.66315	3.00
Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere	3.24	.89064	3.33	3.54	.95671	4.00
Unangenehme Gefühle	2.26	.78341	3.00	1.79	.65925	3.33
Ablehnende Gefühle	1.28	.53331	2.00	1.14	.36679	2.33
Prosoziale Gefühle	3.72	.66338	3.25	3.33	.83368	3.50
Aggressive Gefühle	1.24	.58123	2.50	1.23	.63168	4.00
Attribution	2.03	.57663	2.50	2.02	.64289	3.00
Gefährlichkeit	2.68	.71334	3.00	2.40	.71918	3.00
Soziale Distanz	3.79	.65613	2.67	3.99	.62238	2.67
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken	2.76	.67643	3.50	2.85	.66171	4.00

H4a: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, schreiben ihnen mehr Rechte zu als Laien.

Für diese Hypothese werden die fünf Skalen der Rechte einzeln untersucht. Somit wurden fünf Signifikanztests, mit $\alpha' = .01$, durchgeführt.

Die Stichprobe der Professionellen (Mdn = 4.5) nimmt signifikant mehr „Rechte auf Privatsphäre und Information“ wahr, als die Stichprobe der Laien (Mdn = 4.25), $U = 2459.5$, $p < 0.1$, $r = -0.299$. Werden nur die Teilnehmer/innen betrachtet, die einen Fragebogen der Version „Frau“ erhielten, dann gibt es keinen signifikanten Unterschied bezüglich dieser Variable, $U = 754$, nicht signifikant.

Bezüglich der „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“, ist die Einschätzung der Professionellen (Mdn = 4.5) ebenfalls signifikant höher als die der Laien (Mdn = 3.75), $U = 1924.0$, $p < .01$, $r = -0.440$.

Der Unterschied zwischen den Laien und den Professionellen ist bei den wahrgenommenen „Rechten als mündige/r Bürger/in“ nicht signifikant, $U = 3649$.

Die Professionellen (Mdn = 4) schreiben einer Person mit Alzheimer-Demenz mehr „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ als Laien (Mdn = 3.6) zu, $U = 2717.5$, $p < .01$, $r = -0.258$

Laien (Mdn = 3.33, MW = 3.24) stufen die Skala „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ gleich ein als Professionelle (Mdn = 3.33, MW = 3.54), $U = 3146.5$, nicht signifikant.

Da die Variablen „Rechte auf Privatsphäre und Information“, „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ und „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ von Professionellen signifikant höher eingeschätzt wurden, als von Laien, wird die Nullhypothese verworfen und die Hypothese 4a angenommen.

H4b: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, zeigen ihnen gegenüber einen geringeren Wunsch nach sozialer Distanz als Laien.

Die Hypothese 4b wird bestätigt, da die Stichgruppe der Professionellen mehr Nähe gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz ($Mdn = 4$) zeigt als jene der Laien ($Mdn = 3.83$), $U = 3246$, $p < .05$, $r = -0.145$. Werden nur die beiden Stichprobengruppen, die einen Fragebogen mit der Version „Frau“ erhalten haben, verglichen, ist dieser Wert nicht signifikant, $U = 990.50$

H4c: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, und Laien haben unterschiedliche Emotionen gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz.

Für diese Hypothese beträgt das korrigierte Alpha .013. Laien ($Mdn = 2.17$) haben signifikant mehr unangenehme Emotionen als Professionelle ($Mdn = 1.67$), $U = 2282.5$, $p < .013$, $r = -.0302$. Bezüglich ablehnender Emotionen besteht kein signifikanter Unterschied, $U = 3595$. Werden nur die beiden Stichprobengruppen, die einen Fragebogen mit der Version „Frau“ erhalten haben, verglichen, ist dieser Wert signifikant, $U = 871.500$, $p < .013$. Laien ($Mdn = 3.75$) bringen Frau/Herrn M. signifikant mehr prosoziale Emotionen entgegen, als Professionelle ($Mdn = 3.25$), $U = 2708$, $p < .01$, $r = -0.246$. Werden nur die beiden Stichprobengruppen, die einen Fragebogen mit der Version „Mann“ erhalten haben, verglichen, ist dieser Wert nicht signifikant, $U = 871.500$. Der Unterschied zwischen beiden Stichproben bezüglich aggressiven Gefühle, $U = 3939$, ist nicht signifikant.

Da unangenehme und prosoziale Emotionen bei Laien signifikant höher ausgeprägt sind, wird die Hypothese 4c angenommen.

H4d: Menschen, die Personen mit einer Demenzerkrankung betreuen, und Laien stufen die Gefährlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz unterschiedlich ein

Professionelle (Mdn = 2.5) stufen die Gefährlichkeit von Frau/Herrn M. niedriger ein als Laien (Mdn = 3), $U = 3146$, $p < .05$. Die Hypothese 4d wird damit angenommen. Wird nur die Stichprobe der Fragebogenversion „Frau“ genommen, dann ist der Unterschied zwischen Laien und Professionellen nicht signifikant, $U = 988.50$.

Der Unterschied zwischen Professionellen und Laien bezüglich der *Attribution*, ist nicht signifikant, $U = 3802$.

11.2.4. Unterschiede in den Urteilen zwischen der Fragebogenversion „Frau“ und der Fragebogenversion „Mann“

Die Hypothesen 5a, 5b, 5c und 5d beziehen sich darauf, ob Männer mit Alzheimer-Demenz andere Bewertungen hervorrufen als Frauen mit Alzheimer-Demenz. Zur Überprüfung dieser Hypothesen, wird wie bei den vorherigen Hypothesen, der Mann-Whitney-U-Test (s. Kapitel 10), verwendet

Auch hier wurden innerhalb der Stichproben der Fragebogenversionen „Frau“ und „Mann“, die Stichproben der Laien und Professionellen summiert. Um eventuelle Verzerrungen innerhalb der einzelnen Stichproben zu untersuchen, wurden zusätzlich zwei Mann-Whitney-U-Tests zwischen den Gruppen Mann/Laien und Frau/Laien sowie zwischen den Gruppen Frau/Professionelle und Mann/Professionelle gerechnet. Falls es dort zu auffälligen Ergebnissen gekommen ist, wird hier von diesen berichtet. In Tabelle 35 befinden sich die Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges für die beiden Stichproben.

Tabelle 35 Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges der Stichprobengruppen „Laien“ und „Professionelle“

Variablen	Fragebogenversion „Frau“			Fragebogenversion „Mann“		
	MW	SD	Range	MW	SD	Range
Rechte auf Privatsphäre und Information	4.4066	.50561	2.75	4.2756	.50333	2.75
Rechte auf eine eigenständige Lebensführung	4.1148	.77590	2.75	3.9265	.72767	3.00

Variablen	Fragebogenversion „Frau“			Fragebogenversion „Mann“		
	MW	SD	Range	MW	SD	Range
Rechte als mündige/r Bürger/in	3.5879	.64512	3.40	3.5357	.55724	2.40
Rechte mit hoher Eigenverantwortung	3.8848	.63830	3.00	3.7829	.67564	3.00
Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere	3.5340	.91536	4.00	3.2805	.95649	3.33
Unangenehme Gefühle	1.8509	.75225	3.00	2.1055	.71371	3.33
Ablehnende Gefühle	1.1515	.41859	2.33	1.2481	.47743	2.00
Prosoziale Gefühle	3.4089	.79482	3.50	3.5602	.78824	3.25
Aggressive Gefühle	1.2908	.73542	4.00	1.1647	.41825	2.00
Attribution	1.9899	.64278	3.00	2.0610	.568474	2.50
Gefährlichkeit	2.3636	.70283	3.00	2.6824	.72312	3.00
Soziale Distanz	4.0119	.65420	2.67	3.8036	.61123	2.67
Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken	2.7929	.73890	4.00	2.8372	.57620	2.50

H5a: Männern mit Alzheimer-Demenz werden mehr Rechte zugeschrieben als Frauen mit Alzheimer-Demenz.

Das korrigierte Alpha für diese Hypothese beträgt .01. Weder bei der Überprüfung auf Unterschiede zwischen der Fragenbogenversion „Mann“ und der Fragebogenversion „Frau“ bezüglich den „Rechten auf Privatsphäre und Information“, $U = 3297.5$, noch bezüglich den „Rechten auf eine eigenständige Lebensführung“ $U = 3472.5$ wurde ein signifikanter Wert gefunden. Ebenfalls nicht signifikant waren die Unterschiede bei den Variablen „Rechte als mündige/r Bürger/in“, $U = 3876$, „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ $U = 3693$ und „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“, $U = 3414.5$.

Die Nullhypothese muss somit beibehalten werden.

H5b: Es gibt Unterschiede im Wunsch nach sozialer Distanz zu Männern mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz.

Frau M. wird mehr Nähe und somit weniger soziale Distanz entgegengebracht ($Mdn = 4$) als Herrn M. ($Mdn = 3.8$), $U = 3368$, $p < 0.05$, $r = -.157$. Die Hypothese 5b wird somit angenommen.

In der Stichprobengruppe der Professionellen besteht zwischen Frau M. und Herrn M. kein Unterschied, $U = 1336$

H5c: Männer mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz rufen unterschiedliche Emotionen hervor.

Hier wird das korrigierte Alpha von .013 angewandt. Frauen mit Alzheimer Demenz ($Mdn = 1.67$) lösen signifikant weniger unangenehme Emotionen hervor als Männer mit Alzheimer Demenz ($Mdn = 2$), $U = 2910.5$, $p < .013$, $r = -.194$.

Herrn M. werden nicht mehr oder weniger ablehnende Emotionen als Frau M. entgegengebracht, $U = 3875$, nicht signifikant.

Bei den prosozialen Emotionen gibt es zwischen Herrn und Frau M. keinen signifikanten Unterschied, $U = 3630$, nicht signifikant.

Hinsichtlich der aggressiven Gefühle gibt es zwischen Herrn und Frau M. keinen signifikanten Unterschied, $U = 3877.55$, nicht signifikant.

Da es einen signifikanten Unterschied bezüglich der ablehnenden Emotionen gibt, wird Hypothese 5c angenommen.

H5d: Männer mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz werden als unterschiedlich gefährlich wahrgenommen.

Frauen mit Alzheimer-Demenz ($Mdn = 2.5$) werden als signifikant weniger gefährlich eingestuft als Männer mit Alzheimer-Demenz ($Mdn = 3$), $U = 3251.5$, $p < .01$, $r = -.201$. Die Hypothese 5d wird angenommen. In der Gruppe der Professionellen ist zwischen Frau M. und Herrn M. kein signifikanter Unterschied, $U = 1354$, nicht signifikant.

Der Unterschied bei der Variable „*Attribution*“, $U = 3682$, ist nicht signifikant

12. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst, diskutiert und in Bezug zu der Forschungsliteratur gesetzt. Schließlich werden die Grenzen der vorliegenden Studie dargelegt und ein Ausblick auf mögliche weitere Studien gegeben.

12.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die folgende Zusammenfassung enthält die Ergebnisse der Fragenbogenanalyse (Kapitel 9) und der Behandlung der Fragestellungen (Kapitel 11).

Im Rahmen der Faktorenanalyse wurden für den Fragebogenteil „Rechte“ fünf Faktoren extrahiert: „Rechte auf Privatsphäre und Information“ (Reliabilität = .6638), „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ (Reliabilität = .6932), „Rechte als mündige/r Bürger/in“ (Reliabilität = .6601), „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ (Reliabilität = .6514) und die „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ (Reliabilität = .6904). Für den Fragebogenteil „Soziale Distanz“ wurde nur eine Dimension ermittelt (Reliabilität = .8045). Der Fragebogenteil „Emotionen“ erfasst vier Dimensionen: „Unangenehme Emotionen“ (Reliabilität = .7699), „Ablehnende Emotionen“ (Reliabilität = .8086), „Prosoziale Emotionen“ (Reliabilität = .6888) und „Aggressive Emotionen“ (Reliabilität = .7243). Alle weiteren Skalen wurden keiner Faktorenanalyse unterzogen, da sie aus nur zwei Items bestehen. Die Reliabilität für die Skala „wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken“ beträgt .5667, für die Skala „Attribution“ .2360 und für die Skala „Gefährlichkeit“ .8185. Aus dem Fragebogen ausgeschlossen wurden von dem Teil „Wahrgenommene Rechte“ das Item „Frau/Herr M. sollte nicht rauchen“ und die Emotion „Spott“.

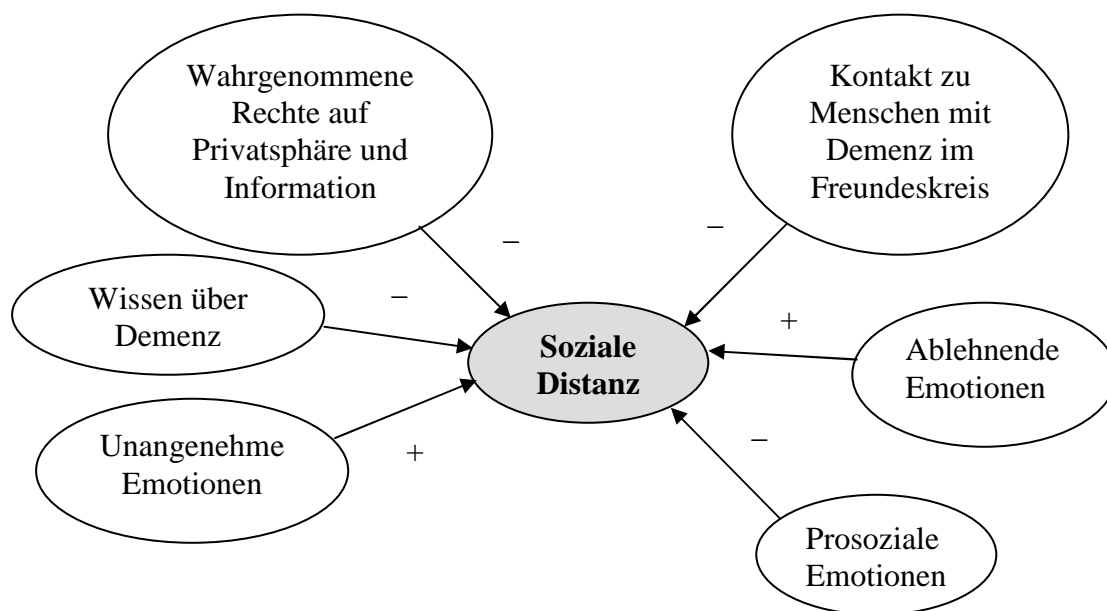
Die Antworten der Gesamtstichprobe zeigen, dass den Items auf den Skalen Rechte im Allgemeinen eher zugestimmt wird. Es gibt jedoch einige Items die sehr niedrig bewertet wurden, das jeweilige Recht einer Person mit Alzheimer-Demenz also nicht zugesprochen wurde. Die Mehrzahl der Items liegt im höheren Mittelbereich und einigen Items wird fast ausnahmslos zugestimmt.

Am Meisten wurde der Skala „Rechte auf Privatsphäre und Information“, am Wenigsten der Skala „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ zugestimmt.

Die soziale Distanz gegenüber der beschriebenen Person ist mittel bis niedrig. Es werden ihr vor allem prosoziale Emotionen entgegengebracht, dann folgen unangenehme Emotionen. Ablehnende und aggressive Emotionen sind fast gar nicht vorhanden. Die beschriebene Person wird als eher nicht gefährlich und nicht verantwortlich für ihre Erkrankung wahrgenommen.

Bei der Überprüfung der Beziehung von Einflussvariablen auf soziale Distanz und wahrgenommene Rechte wurden die Hypothesen H1, H2a, H2e, H2f, H3a, H3c, H3f angenommen. In den Abbildungen 4 bis 9 sind die den Hypothesen entsprechenden Einflussfaktoren graphisch dargestellt.

Abbildung 4 *Einflussfaktoren auf Soziale Distanz*



Aggressive Emotionen haben einen signifikant negativen Einfluss, was jedoch der Hypothese H2e widerspricht, die besagt, dass negative Emotionen einen positiven Einfluss auf soziale Distanz haben.

Abbildung 5 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte auf Privatsphäre und Information

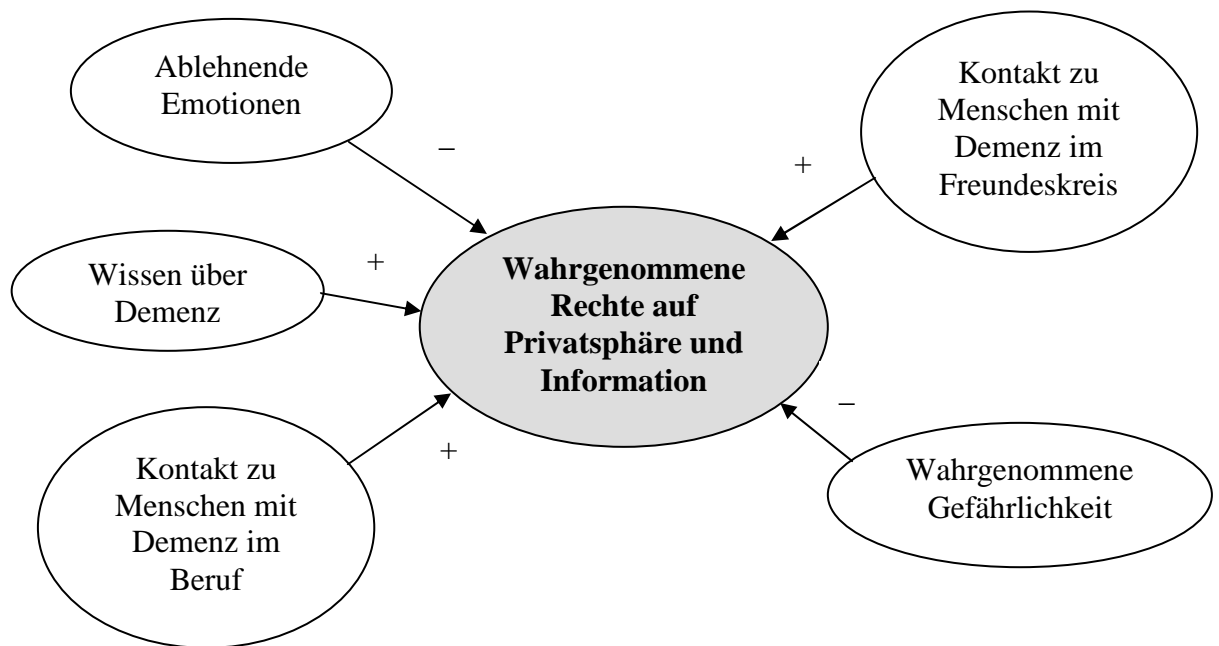


Abbildung 6 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte auf eine eigenständige Lebensführung

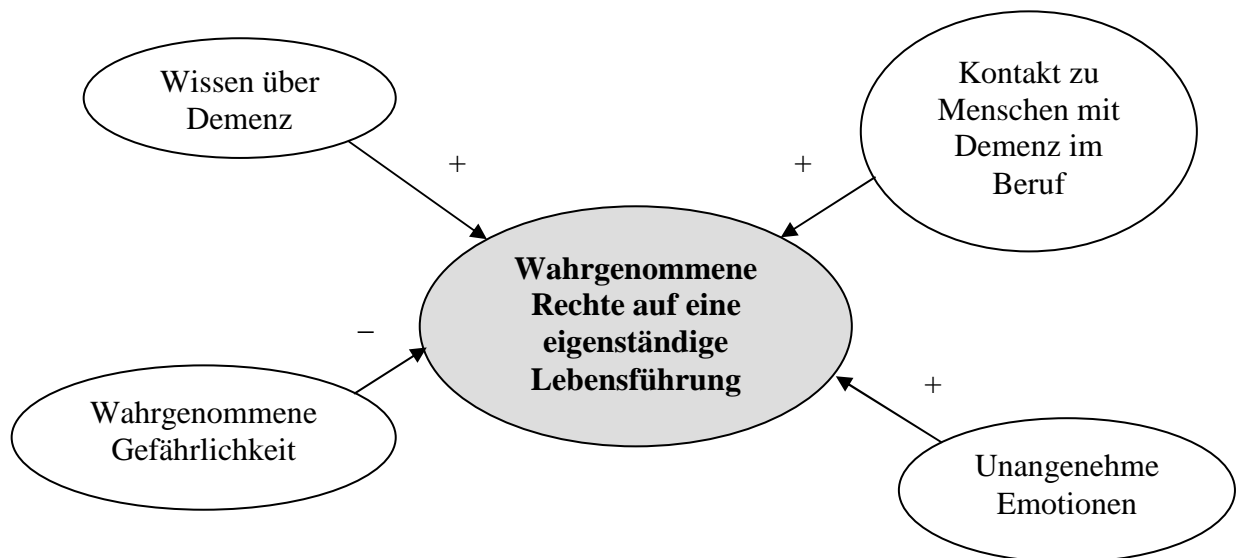
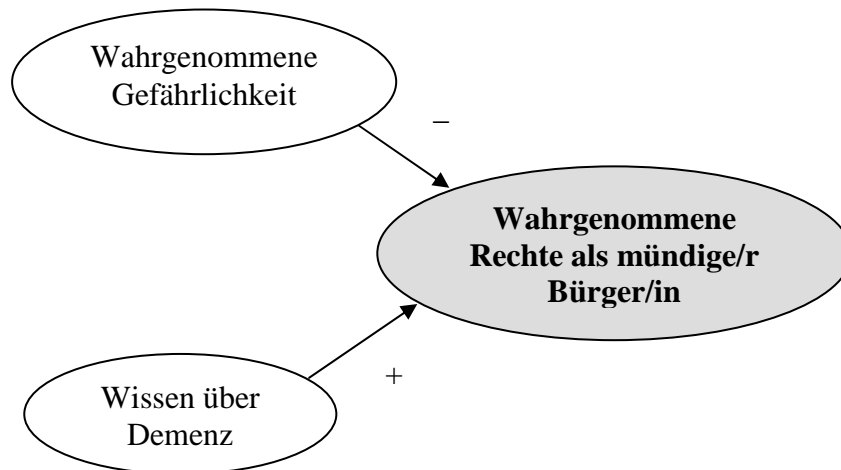
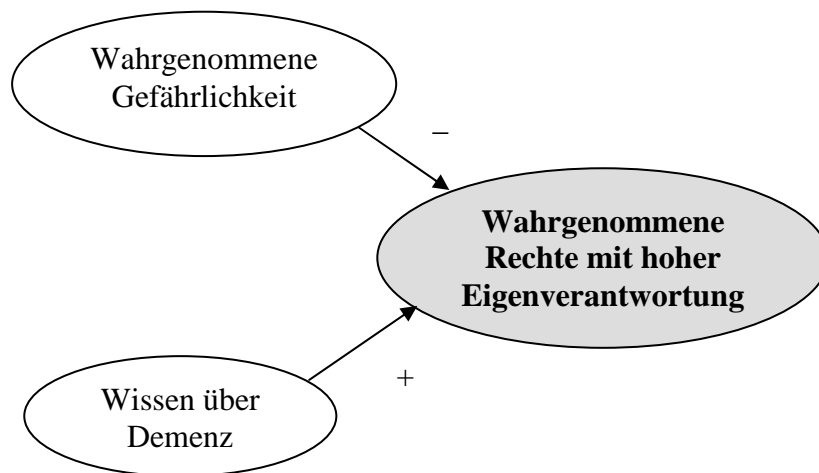


Abbildung 7 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte als mündiger Bürger



Die wahrgenommene Verantwortlichkeit an der Erkrankung an Alzheimer-Demenz hat auch einen signifikant positiven Einfluss auf wahrgenommene „Rechte als mündige/r Bürger/in“, was jedoch der Hypothese H3d widerspricht. Die Hypothese H3d besagt, dass eine als niedrig eingeschätzte Verantwortlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz für Ihre Erkrankung zu einer höheren Wahrnehmung ihrer Rechte führt.

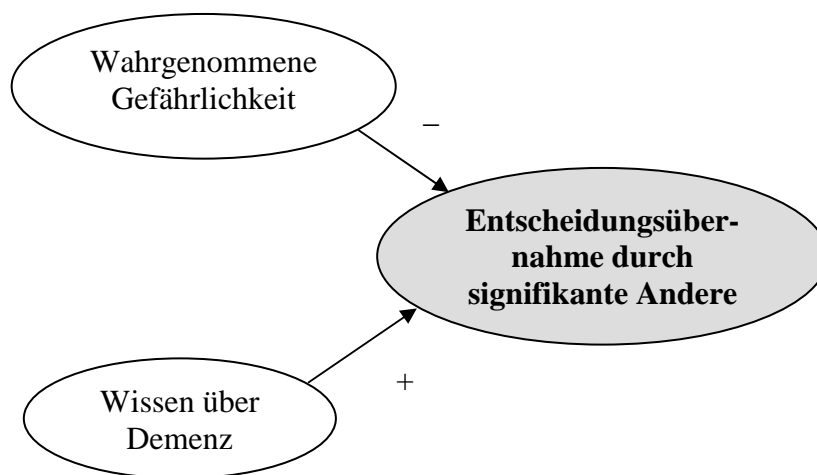
Abbildung 8 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte mit hoher Eigenverantwortung



Die wahrgenommene Verantwortlichkeit an der Erkrankung an Alzheimer-Demenz hat einen signifikant positiven Einfluss auf wahrgenommene „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“, was jedoch der im vorherigen Abschnitt beschriebenen Hypothese H3d widerspricht. Der Hypothese H3f widerspricht das Ergebnis, dass prosoziale Emotionen ebenfalls einen signifikant positiven Einfluss haben. Die

Hypothese H3f besagt, dass ein negativer Einfluss von prosozialen Emotionen gegenüber einer Person mit Alzheimer-Demenz auf die wahrgenommenen Rechte dieser Person besteht.

Abbildung 9 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere



Weiters wurden die Hypothesen 4a, 4b, 4c und 4d angenommen, da in folgenden Bereichen signifikante Unterschiede zwischen der Stichprobe der Laien und der Stichprobe der Professionellen bestehen:

- Personen, die Menschen mit Demenz betreuen, nehmen mehr „Rechte auf Privatsphäre und Information“, „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ und „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ wahr. (Hypothese 4a)
- Bei Laien ist die soziale Distanz höher als bei Professionellen. (Hypothese 4b)
- Unangenehme und prosoziale Emotionen sind bei Professionellen niedriger ausgeprägt als bei den Laien. (Hypothese 4c)
- Laien schätzen eine Person mit Demenz gefährlicher ein als Professionelle. (Hypothese 4d)

Ebenfalls akzeptiert wurden die Hypothesen 5b, 5c und 5d:

- Zu Männern mit Alzheimer-Demenz besteht mehr soziale Distanz als zu Frauen mit Alzheimer-Demenz. (Hypothese 5b)
- Bei Frauen mit Alzheimer-Demenz werden weniger unangenehme Emotionen empfunden als bei Männern mit Alzheimer-Demenz. (Hypothese 5c)

- Männer mit Alzheimer-Demenz werden als gefährlicher eingestuft als Frauen mit Alzheimer-Demenz. (Hypothese H5d)

12.2. Interpretation und Vergleich der Ergebnisse mit der Forschungsliteratur

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie interpretiert und in Beziehung mit den Ergebnissen aus früheren Studien gesetzt. Es werden dabei sowohl die Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen als auch der Faktorenanalyse berücksichtigt. Die Darstellung der Interpretation wurde in folgende Kapitel gegliedert: „Ergebnisse der Faktorenanalyse“, „Wahrnehmung der Rechte“, „Diskriminierung“, „Emotionen“, „Gefährlichkeit“ und „Attribution“. Da es keine Studien zu wahrgenommenen Rechten gibt, werden die Ergebnisse dieser Studie mit Studien zu wahrgenommenen Fähigkeiten verglichen, da angenommen wird, dass diese beiden Variablen miteinander einhergehen.

12.2.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse

Da für die Erfassung von „wahrgenommenen Rechten von Menschen mit Alzheimer-Demenz“ noch kein Fragebogen im gleichen Ausmaß konstruiert wurde, ist es auch nicht möglich, den hier erstellten Fragebogen mit einem äquivalenten Fragebogen zu vergleichen. Den einzigen Anhaltspunkt bietet die Analyse von Werner (2007), welche fünf Items zu wahrgenommenen Fähigkeiten beinhaltete und wo zwei Faktoren extrahiert werden: Items, die sich auf die Sicherheit der Person mit Alzheimer-Demenz selbst und ihrer Umgebung beziehen, und Items, die das nicht tun. In der vorliegenden Untersuchung, die eine bedeutend höhere Anzahl an Items enthält, wurden erwartungsgemäß auch mehr Faktoren extrahiert. Die in dieser Studie extrahierten Faktoren können ebenfalls mit Sicherheit in Bezug gesetzt werden. Die ersten drei Faktoren „Rechte als mündiger Bürger“, „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“ und die „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“ beziehen sich eher auf Sicherheit als die Faktoren „Rechte auf Privatsphäre und Information“ und „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“. Analog zu Werners Studie wurde die beschriebene Person mit Alzheimer-Demenz als weniger fähig bei den ersten drei Faktoren als bei den letzten beiden Faktoren empfunden.

In dieser Untersuchung wurden beim Fragebogenteil „Emotionen“ die gleichen Items wie bei Werner und Davidson (2004) verwendet, jedoch wurden andere Faktoren extrahiert. Beim ursprünglichen Faktor „Ängstlichkeit“ fehlt nun Abschreckung, hinzugekommen sind Bestürzung und Ungeduld. Dieser Faktor wird in der vorliegenden Arbeit als „unangenehme Emotionen“ bezeichnet. Anstatt Ungeduld enthält der Faktor „Ablehnende Emotionen“ nun die Abschreckung. Beim Faktor „prosoziale Emotionen“ fehlt die Bestürzung. Der Faktor „aggressive Emotionen“ enthält die gleichen Items wie in der Studie von Werner und Davidson. Ein Grund für die abweichende Faktorenbildung könnte die deutsche Übersetzung sein.

Für die soziale Distanz wurden die gleichen Items wie in der Studie von Werner (2005) benutzt. Allerdings wurden in der vorliegenden Studie noch zwei zusätzliche Items hinzugefügt. Die Reliabilität der hier verwendeten Skala beträgt .80, während die Reliabilität der bei Werner verwendeten Skala mit .79. etwas niedriger war.

12.2.2. Wahrnehmung der Rechte

Im Allgemeinen wurde in der vorliegenden Untersuchung einer Person mit Alzheimer-Demenz eher eine Vielzahl an Rechten zugesprochen. Diese Tatsache könnte sich darauf zurückführen lassen, dass sich die in der Vignette beschriebene Person im Anfangsstadium einer Alzheimer-Demenz befindet. Diese Erklärung geht mit den Resultaten der Studien von Hirschman, Joyce, James, Xie, Casarett et al. (2005) und Hirschman et al. (2004) einher, die feststellten, dass ein/e Demenz-Patient/in eher in eine Entscheidungen über medizinische Behandlungen mit einbezogen wird, wenn sein/ihr Krankheitsstatus noch nicht weit fortgeschritten ist. Weitere Studien (Kapitel 2.5.) zeigten auch, dass Alzheimer-Patienten/innen ohnehin größtenteils in diese Entscheidung miteinbezogen werden. Durch das Ergebnis dieser Studie kann jedoch noch nicht geklärt werden, ob die beschriebene Person tatsächlich in der Lage wäre, alle Rechte dementsprechend auszuführen. Einen Beweis dafür, dass die Fähigkeiten nicht richtig eingeschätzt werden, liefern nämlich die Ergebnisse der Studie von Hirschman, Joyce, James, Xie und Karlawish (2005). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Hälfte der Alzheimer-Demenz Patienten/innen, die in eine Entscheidung über eine medizinische Behandlung mit einbezogen werden würden, nicht die Fähigkeit dazu

hätten. Es kann angenommen werden, dass die Ergebnisse der genannten Studien auch für andere Tätigkeiten als dem Treffen von Entscheidungen gültig sind.

Eine weitere Erklärung für die hohe Bewertung der Rechte, ist der Fakt, dass größtenteils eine Art an Rechten abgefragt wurde, die die Sicherheit eines Menschen oder seiner Umgebung nicht beeinflussen, wie zum Beispiel die „Rechte auf Privatsphäre und Information“ oder „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“. Hingegen stehen Rechte, die das konkrete Ausführen von Alltagsaktivitäten betreffen, wahrscheinlich in einem größeren Zusammenhang mit Selbst- oder Fremdgefährdung. Alltagsaktivitäten umfassen Bereiche wie zum Beispiel Ernährung, Mobilität, Selbstversorgung und Hygiene (s. Abschnitt 1.5.1.2.), welche im Fragebogen fast nicht berücksichtigt wurden.

Den Rechten auf persönliche Freiheiten oder dem Ausführen von Handlungen wurde eher zugestimmt, als dem Treffen von Entscheidungen. Dieses Ergebnis ist analog zu den Resultaten aus Werners (2007) Studie. In der genannten Studie wurden Personen bei Tätigkeiten, die die Sicherheit nicht gefährden, als signifikant fähiger eingeschätzt als bei Tätigkeiten, die die Sicherheit gefährden und schwerwiegendere Folgen hätten. Niedrige Werte erhielten in der vorliegenden Studie das Recht Auto zu fahren oder die Finanzen selbst zu verwalten, also Rechte die als „gefährlicher“ und folgeschwerer eingestuft werden können. Von besonderem Interesse ist das Ergebnis des Items, ob die beschriebene Person vor Gericht für ihre Taten verantwortlich gemacht werden sollte, da es als einziges Item die Pflichten der Person anspricht. 40.5 % der Teilnehmer/innen sind dagegen, 38.4 % sind unentschieden, somit wird diese Pflicht einer Person im Anfangsstadium einer Alzheimer-Demenz als eher niedrig angesehen.

Im Vergleich zu anderen Studien, waren in dieser Untersuchung insgesamt 79.8 % der befragten Personen dafür, die beschriebene Person nicht Autofahren zu lassen, in der Studie von Werner (2006) waren es 89.8 %. In Werners Studie sprachen sich 80.7 % der befragten Personen dagegen aus, dass ein/e Patient/in mit Alzheimer-Demenz seine Finanzen selbst verwaltet, hier waren es 52.5 %. In der vorliegenden Studie waren 29.7 % der Stichprobe dagegen, eine/n Alzheimer-Patienten/in Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu lassen. bei Werner, waren es 39.5 %. Der beschriebenen Person wurden somit in der vorliegenden Studie bezüglich jeder Tätigkeit mehr Rechte

zugesprochen. Jedoch muss, wie auch schon in Kapitel 2.5., angemerkt werden, dass bei Werners Studie zwei Stichproben zusammengezählt worden sind. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nicht vollständig vergleichbar, da die Stichproben zwei unterschiedliche Personenbeschreibungen mit unterschiedlichen Demenzstadien erhielten.

Da in dieser Studie die Einstellungen zu den jeweiligen Rechten unterschiedlich sind, wird damit das Konzept der „limited competency“ (Marson, 2001) widerspiegelt. Dieses Konzept besagt, dass nicht generalisiert werden kann, ob jemand „fähig“ oder „unfähig“ ist, sondern es muss immer für jede Fähigkeit neu entschieden werden.

Entsprechend der Hypothese wurde in der vorliegenden Studie bestätigt, dass Vertrautheit mit Menschen mit Alzheimer-Demenz dazu führt, dass man ihnen mehr Rechte zuschreibt. Vor allem selbsteingeschätztes Wissen über Alzheimer-Demenz hat hier einen großen Einfluss, da es auf alle fünf Faktoren zutrifft. Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken, spielt in der vorliegenden Studie als Einflussvariable keine Rolle. Dies liegt wahrscheinlich vor allem daran, dass ausschließlich Personen unter 60 Jahren befragt worden sind. Für diese Altersgruppe besteht so gut wie keine Gefahr in absehbarer Zeit an Demenz zu erkranken. Die wahrgenommene Gefährlichkeit hat einen negativen Einfluss auf alle Faktoren der Rechte. Dieses Ergebnis geht mit den Studien von Werner (2006, 2007) einher. Dieses Resultat ist schlüssig, da auch Rechten, die die Sicherheit gefährden könnten und bei denen Gefährlichkeit somit eine Rolle spielt, weniger zugestimmt wird.

Entgegen der Hypothese führt eine wahrgenommene Verantwortlichkeit der Erkrankung zu höheren wahrgenommenen „Rechten als mündige/r Bürger/in“ und „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“, also zu einer positiven Reaktion. Dieses der Hypothese abweichende Ergebnis, könnte eventuell durch die wenig reliable Skala für „wahrgenommene Verantwortlichkeit“ zustande gekommen sein. Ablehnende Emotionen haben einen negativen Einfluss auf „Rechte auf Privatsphäre und Information“. Unangenehme Emotionen haben jedoch einen positiven Einfluss auf „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“.

In der vorliegenden Studie wurde entgegen der Hypothese gezeigt, dass prosoziale Gefühle zu höheren wahrgenommenen Rechten führen. Dass in früheren Studien festgestellt wurde, dass prosoziale Gefühle zu weniger wahrgenommenen Rechten

führen, könnte daran liegen, dass Emotionen, wie zum Beispiel Mitleid, zur Folge haben, dass eine Person als weniger kompetent gesehen wird. In dieser Studie gehen die positiven Gefühle jedoch mit dem Wunsch einher, die Person mit Alzheimer-Demenz in ihrer Autonomie zu unterstützen.

Untersuchungen zu Unterschieden in der Einstellung von Laien und Betreuer/innen zu Menschen mit Demenz gibt es keine, daher können konkrete Vergleiche nicht gezogen werden. Es gibt nur eine Studie, die zeigte, dass Hausärzte/innen, die mehr Erfahrung haben mit Menschen mit Demenz, ihnen auch mehr Rechte zuschreiben (Werner, 2007). So wurde auch in der vorliegenden Studie bestätigt, dass Personen, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, Menschen mit Demenz mehr Rechte zuschreiben als Laien. Da davon ausgegangen werden kann, dass die Stichprobe der Professionellen besser einschätzen kann, wozu ein Mensch mit Alzheimer-Demenz fähig ist, werden Menschen mit Alzheimer-Demenz also von den Laien (repräsentativ für die Gesellschaft) unterschätzt. Diese Tatsache gewinnt an größerer Bedeutung, wenn ein Familienmitglied eines Laien eine Alzheimer-Demenz erleidet und der Laie über das Vorhandensein von Fähigkeiten des/der erkrankten Verwandten bestimmt. Da die Anzahl der Demenzkranken steigend ist (Kapitel 1.4), ist noch weitere Aufklärung in der Bevölkerung zu dem Thema Demenz notwendig. Ein Hinweis auf niedriges Wissen bieten auch die Werte für das selbsteingeschätzte Wissen der Stichprobe der Laien. 45 % der Laien bezeichnen ihr Wissen als niedrig.

Aus früheren Untersuchungen, hat sich ergeben, dass älteren Männern mehr Fähigkeiten zugeschrieben werden als älteren Frauen (Canetto, et al., 1995; Fiske et al., 2002). Zudem stellten Krings und Kluge (2008) fest, dass Frauen schneller negative Bewertungen erhalten. In dieser Untersuchung konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich der Rechte gefunden werden. Die Mittelwerte der Frauen bei den Rechten sind in der vorliegenden Studie sogar höher als die Mittelwerte der Männer bei diesen Variablen. Ein Grund für dieses Ergebnis könnte die unterschiedliche Erhebung bei den genannten Studien und der vorliegenden Studie sein. In den genannten Studien wurden die Versuchsteilnehmer/innen global nach dem Adjektiv „kompetent“ befragt. Für die Ergebnisse dieser Studie, spricht die Tatsache, dass Frauen laut den Ergebnissen dieser Studie als weniger gefährlich eingestuft werden

und ihnen weniger ablehnende Gefühle entgegengebracht werden. Diese Variablen führen wiederum laut den Ergebnissen zu höheren wahrgenommenen Rechten.

12.2.3. Diskriminierung

Es wurden einige Forschungsberichte herausgegeben, in denen berichtet wird, dass Menschen mit Alzheimer-Demenz Gefahr laufen, stigmatisiert zu werden (Crisp et al., 2000; De Mendonça et al., 2003 und Graham et al. 2003). Fest steht auch, dass es Altersvorurteile gibt (Kapitel 4.3.) und folgendermaßen sind Menschen mit Demenz laut dem aktuellen Forschungsstand eine doppelt stigmatisierte Gruppe. Die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit zeigen hingegen lediglich eine sehr niedrige bis gar keine Diskriminierung auf, jedoch wurde in dieser Diplomarbeit bloß ein Aspekt von Diskriminierung, nämlich die soziale Distanz erfasst. Die Fragestellung, ob eine Diskriminierung von Menschen mit Alzheimer-Demenz vorliegt, kann im Rahmen dieser Studie somit nur für den Aspekt „soziale Distanz“ beantwortet werden, andere Formen der Diskriminierung wurden nicht berücksichtigt.

Die Frage, ob man die beschriebene Person um einen Gefallen beten würde, wurde am niedrigsten bewertet. Ein Grund für diese niedrige Bewertung könnte die Tatsache darstellen, dass dieses Item soziale Distanz unter einem anderen Aspekt als die anderen Items behandelt. Es könnte sein, dass dieses Item von den Teilnehmern/innen niedriger bewertet wurde, wenn diese der Meinung waren, dass sie die Person wegen ihrer Erkrankung nicht mit einer Bitte belästigen sollten. Jedoch zeigt man auch, indem man eine Person um einen Gefallen bittet, dass man ihr das Vertrauen entgegenbringt, eine bestimmte Aufgabe zu lösen. Dieses Vertrauen wurde der beschriebenen Person mit Alzheimer-Demenz jedoch nur zu einem mittleren Wert entgegengebracht.

In der Studie von Werner (2005) wurde die soziale Distanz entgegengesetzt kodiert, deswegen werden hier – um einen Vergleich zu ermöglichen – die Werte aus der Studie von Werner (2005) umgedreht. In der Studie von Werner wurde demnach ein Mittelwert von 3 (SD = 1.0) festgestellt. In der vorliegenden Studie wurde hingegen ein Mittelwert von 3.92 (SD = .667) erreicht, dieser ist also um fast einen ganzen Punktwert höher. Allerdings wurden in dieser Studie noch zwei zusätzliche Items benutzt (Kapitel 8), welche außerdem im Vergleich zu den anderen Items relativ niedrig eingeschätzt wurden. In der Studie von Werner erreichte die Frage, ob die Studienteilnehmer/innen

einen Abend einer Person mit Alzheimer-Demenz verbringen möchten, einen Mittelwert von 2.7 (SD = 1.3), in der vorliegenden Studie war es ein Wert von 4.18. Die Frage ob sich die Untersuchungsteilnehmer/innen mit der beschriebenen Person mit Alzheimer-Demenz anfreunden möchten, erzielte einen Mittelwert von 2.7 (SD = 1.3), in der vorliegenden Studie war es ein Wert von 3.76. In Werners Studie erhielt das Item, inwiefern jemand bereit ist, in der Nachbarschaft der beschriebenen Person zu wohnen, einen Mittelwert von 3.3 (SD = 1.3), in der vorliegenden Studie waren es 4.16. Die Bereitschaft, dass das eigene Kind, das Kind der beschriebenen Person heiratet, erhielt in der Studie von Werner einen Mittelwert von 3.3, in der vorliegenden Studie ist es ein Wert von 4.41 (SD = 1.3). Das Ergebnis der vorliegenden Studie deutet folglich auf eine um einiges niedrigere soziale Distanz gegenüber Menschen mit Alzheimer-Distanz, als das Ergebnis der Vergleichsstudie. Allerdings gibt es einige Einschränkungen, um einen direkten Vergleich ziehen zu können: Es wurden auch in dieser Studie von Werner, ähnlich wie in ihrer Studie von 2006, zwei Stichproben mit unterschiedlichen Vignetten verwendet. Dazu kommt, dass unabhängig davon, andere Vignetten als in der vorliegenden Studie verwendet worden sind. Außerdem waren die Bedingungen der Datenerhebung anders als in dieser Studie, da die Daten nicht anonym mittels Fragebogen erhoben worden sind, sondern anhand von telefonischen Interviews.

In der vorliegenden Untersuchung wurde gezeigt, dass prosoziale Emotionen zu mehr Nähe und ablehnende sowie unangenehme Emotionen zu sozialer Distanz führen, was mit den Ergebnissen von Weiner et al. (1988), Schwarzer und Weiner (1991) und Werner (2005; 2006) bestätigt wird. Aggressive Emotionen, führen, entgegen der Hypothese ebenfalls zu mehr Nähe und weniger sozialer Distanz.

Von den wahrgenommenen Rechten, hat nur eine Skala, nämlich die wahrgenommenen „Rechte auf Privatsphäre“, einen Einfluss auf soziale Distanz. Dass Kontakt zu Menschen mit Demenz im Freundeskreis einen negativen Einfluss auf soziale Distanz hat, ist schlüssig, da in der Skala abgefragt wird, wie nahe man der Person kommen möchte, wobei das Maximum eine Freundschaft wäre. Somit sind die Ergebnisse dieser Studie analog mit den Ergebnissen der Studien von Angermeyer und Matschinger (2005) und Corrigan et al. (2003), wo sich herausstellte, dass Vertrautheit mit Menschen mit psychischen Störungen soziale Distanz reduziert. Kein Zusammenhang, im Gegensatz zu anderen Studien (Kapitel 4.8.2), wurde zwischen der

wahrgenommen Gefährlichkeit und sozialer Distanz gefunden. Ein möglicher Erklärungsansatz dazu wird in Abschnitt 12.2.5. erläutert. Wahrgenommene Verantwortlichkeit hat auch hier entgegen der Hypothese, keinen Einfluss auf soziale Distanz. Jedoch kann auch hier wieder die niedrige Reliabilität der Skala „wahrgenommene Verantwortlichkeit“ ein Erklärungsgrund sein. Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken, hat auch hier wahrscheinlich aufgrund des jungen Alters der Teilnehmer/innen keinen Einfluss.

Bei der Stichprobe der Laien liegt mehr soziale Distanz als bei der Stichprobe der Professionellen vor, was die Ergebnisse aus Kapitel 4.8.3. bestätigt, wo beschrieben wird, dass mehr Vertrautheit zu weniger sozialer Distanz führt. Zu Männern mit Alzheimer-Demenz wurde in der vorliegenden Studie eine größere soziale Distanz festgestellt. Folgendermaßen, besteht sowohl zu Männern mit Alzheimer-Demenz als auch mit Schizophrenie (Angermeyer et al, 1998) eine größere soziale Distanz als zu Frauen mit den gleichen Störungen. Jedoch muss im Auge behalten werden, dass auch bei vorhandenen signifikanten Unterschieden, keinem der beiden Geschlechter eine hohe soziale Distanz widerfährt.

12.2.4. Emotionen

Wie auch in vorherigen Studien (Weiner et al., 1988; Wadley & Haley; 2001, Werner & Davidson, 2004), zeigen die Ergebnisse, dass Menschen mit Alzheimer-Demenz mehr positive als negative Emotionen hervorrufen. Analog zu der Studie von Werner und Davidson (2004) sind prosoziale Emotionen die am höchsten ausgeprägten Gefühle, gefolgt von ängstlichen/unangenehmen Emotionen. Negative Emotionen werden, wie auch in Werner und Davidsons Studie, so gut wie gar nicht wahrgenommen. Am Meisten wurden in beiden Studien Mitgefühl, Verlangen zu helfen, Sorgen und Mitleid empfunden, obwohl Angst, Unbehagen und Abschreckung in der Studie von Werner und Davidson um einiges höher ausgeprägt als in dieser Studie waren. Unsicherheit erfährt als einzige negative Emotion in beiden Studien mit 20% eine hohe Zustimmung. Die Unterschiede bezüglich der genannten Items könnten erneut auf die unterschiedlichen Vignetten zurückzuführen sein oder die Übersetzung der Items könnten das Ergebnis beeinflusst haben. Die Unterschiede können auch aus den Stichproben resultieren, da hier auch Betreuer/innen von Menschen mit Demenz befragt

worden sind. Bei den Laien sind unangenehme und prosoziale Emotionen stärker ausgeprägt als bei den Professionellen. Dieses Ergebnis ist gegensätzlich zu den Studien in denen festgestellt wurde, dass mehr Vertrautheit mit Menschen mit Demenz, zu mehr prosozialen und aggressiven Gefühlen führt (2005,2006). Das Ergebnis der vorliegenden Studie könnte so interpretiert werden, dass die Professionellen durch ihre Arbeit einen emotionalen Abstand zu Menschen mit Demenz haben, sowohl was negative als auch positive Emotionen betrifft.

Vorherige Studien haben ergeben, dass Frauen mehr Wärme ausstrahlen und Männer mit Demenz und psychischen Störungen mehr Wut hervorrufen (Fiske et al, 2002; Wadley & Haley, 2001). Auch in dieser Studie lösten Frauen weniger unangenehme Emotionen aus. Ein Grund dafür könnte auch die niedriger eingeschätzte Gefährlichkeit von Frauen sein.

12.2.5. Gefährlichkeit

Die beschriebene Person wird zu einem niedrigen bis mittleren Maß als gefährlich für ihre Umwelt gesehen. Entsprechend den Hypothesen spielt die wahrgenommene Gefährlichkeit auch eine Rolle bei der Beeinflussung der Wahrnehmung der Rechte. Sie ist sogar die einzige Variable, die auf alle wahrgenommenen Rechte Einfluss hat. Die soziale Distanz beeinflusst sie jedoch nicht. Die „Danger appraisal hypothesis“ (Kapitel 4.8.2.), die besagt, dass wahrgenommene Gefährlichkeit zu Diskriminierung führt, wurde hier also nicht bestätigt. Allerdings wurde diese Hypothese im Rahmen von Studien mit Menschen mit psychischen Störungen aufgestellt, die auch belegten, dass Gefährlichkeit zu Angst führt. Angst wurde jedoch im Rahmen dieser Studie nur sehr wenig empfunden, was somit eine Erklärung dafür sein könnte, warum hier kein Zusammenhang zwischen Gefährlichkeit und sozialer Distanz festgestellt wurde. Der Einfluss von Gefährlichkeit auf wahrgenommene Rechte, zeigte sich in dieser Studie jedoch als sehr bedeutsam.

Personen mit Alzheimer-Demenz werden gefährlicher von Laien eingeschätzt als von Professionellen. Dieses Ergebnis könnte ähnlich wie die niedrigere Wahrnehmung der Rechte von Laien interpretiert werden: Durch den nicht vorhandenen Kontakt mit Menschen mit Alzheimer-Demenz könnten die Laien diese Menschen als gefährlicher einschätzen, wie sie es in Wirklichkeit sind und schätzen daher auch ihre Fähigkeiten

niedriger ein. Männer mit Alzheimer-Demenz wurden gefährlicher eingeschätzt als Frauen mit Alzheimer-Demenz. Dieses Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, dass es unabhängig von der Erkrankung zustande gekommen ist und Männer im Allgemeinen gefährlicher wahrgenommen werden.

12.2.6. Attribution

In der vorliegenden Studie wird die betroffene Person als wenig verantwortlich für den Ausbruch der Krankheit gesehen und es wird angenommen, dass sie zu einem mittleren Wert etwas zur Kontrolle des Zustandes beitragen kann. Es ist günstiger, die Werte der einzelnen Items, als die der Gesamtskala zu betrachten, da ihre Reliabilität sehr niedrig ist. Analog zur Studie von Weiner et al. (1989) wird der Ausbruch der Krankheit als unkontrollierbar gesehen.

12.3. Grenzen der vorliegenden Studie

An dieser Stelle müssen die Grenzen und die Kritikpunkte der vorliegenden Studie erwähnt werden. Erstens könnte die Stichprobenzusammensetzung dazu geführt haben, dass die Ergebnisse verzerrt wurden, da es sich mit Ausnahme der wenigen Einschränkungen (Laie/Professionell, Altersverteilung, Geschlechterverteilung), um eine Zufallsstichprobe handelt. So wurde zum Beispiel der kulturelle- und Bildungshintergrund der Versuchsteilnehmer/innen bei der Stichprobenzusammensetzung nicht berücksichtigt. Das einzige Auswahlkriterium war, dass die Versuchsteilnehmer/innen in Luxemburg leben. Auch wenn auf die Geschlechter- und Altersverteilung geachtet wurde, wurde nicht überprüft, ob die Männer in der Stichprobe der Laien die gleiche Altersverteilung, wie die Männer in der Stichprobe der Professionellen haben. Zugleich die Erfahrung mit Menschen mit Alzheimer-Demenz in der Stichprobengruppe der Laien mit erfasst wurde, wurden diese Personen unabhängig von ihrer Erfahrung in einer Stichprobe summiert. Weitere Stichproben oder eine Parallelisierung der Stichproben wären jedoch im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht möglich gewesen.

Ein zusätzlicher Kritikpunkt, der sich aus dem begrenzten Zeitrahmen und den Ressourcen ergibt, ist die Erhebungsmethode. Da die Erhebung der Daten mittels eines selbstständig ausgefüllten Fragebogens ohne Versuchsleiter/in stattfand, sind die

Gegebenheiten während des Ausfüllens unbekannt. Demnach könnten die Versuchsteilnehmer/innen den Fragebogen unkonzentriert ausgefüllt haben.

Da eine Vignette bei der Untersuchung verwendet worden ist, beziehen sich die Antworten nur auf die in der Vignette beschriebene Person. Infolgedessen besteht eine Unsicherheit inwiefern die Ergebnisse auf andere Personen mit Alzheimer-Demenz generalisiert werden können. Ebenfalls unklar ist daher, ob die Ergebnisse auf andere Demenzformen ausgeweitet werden können. Zudem beantworteten die Versuchspersonen die Fragen nur theoretisch und es konnte nicht erfasst werden, wie die Teilnehmer in realen Situationen reagieren würden. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine reale Begegnung mit einer Person mit Alzheimer-Demenz stärkere Emotionen ausgelöst hätte. Jedoch ist die Erhebungsmethode mit einem Fallbeispiel laut Werner und Davidson (2004) gerechtfertigt. Die Autoren postulieren, dass diese Methode in der Forschung häufig angewendet wird, um Reaktionen auf Menschen mit psychischen Störungen zu erfassen.

Einschränkend muss bei den Ergebnissen zu Kenntnis genommen werden, dass die vorliegende Studie ein Themengebiet behandelt, das sozial erwünschte Antworten provozieren könnte. In einer realen Situation könnten die Reaktionen eventuell weniger der sozialen Erwünschtheit entsprechen. Allerdings wurde der Fragebogen anonym ausgefüllt, was andererseits dafür spricht, dass die Antworten der tatsächlichen Meinung entsprechen.

Ein letzter Kritikpunkt äußert sich darin, dass in dieser Studie kein standardisiertes Verfahren verwendet wurde. Folglich könnten sich einige Ergebnisse auf die Formulierung der Items und nicht auf den eigentlichen Inhalt zurückführen lassen. Der Faktor 2 („Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“) enthält zum Beispiel ausschließlich positiv formulierte Items, der Faktor 5 („Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“) hingegen ausschließlich negativ verfasste Items. Die Tatsache, dass in dieser Studie andere Faktoren für die Emotionen extrahiert wurden, als bei einer vorhergehende Studie, lässt darauf schließen, dass die Emotionen durch die Übersetzung eine andere Bedeutung bekommen haben könnten.

12.4. Konklusion

Im Rahmen dieser Diplomarbeit konnte ein reliables Untersuchungsinstrument konstruiert werden, anhand dessen Erkenntnisse über die Einstellungen zu Menschen mit Alzheimer-Demenz gewonnen werden konnten. Erstmals wurde in Luxemburg die Wahrnehmung der Rechte von Menschen mit Alzheimer-Demenz untersucht und wichtige Variablen, die in Zusammenhang mit dieser Wahrnehmung stehen, erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit Alzheimer-Demenz viele Rechte zugestanden werden und ihnen wenig soziale Distanz, sowie wenig negative Gefühle entgegengebracht werden. Für Menschen mit Alzheimer-Demenz werden fast ausschliesslich prosoziale Gefühle empfunden. Einige wenige Rechte wurden nicht zugestanden oder sie wurden etwas niedriger bewertet, was das Konzept der „limited competency“ (Marson, 2001) widerspiegelt. Analog zu diesem Konzept steht fest, dass die Diagnose Demenz für die befragten Personen nicht mit einem globalen Verlust von Fähigkeiten einhergeht, sondern sie jedes Recht unabhängig voneinander beurteilen.

Global kann gesagt werden, dass die Einstellung zu Menschen mit Alzheimer-Demenz in Luxemburg eher positiv ist. Nachdem der Wert der Skala „Soziale Distanz“ nicht den Höchstwert erzielte, könnten jedoch einige leichte Tendenzen der Stigmatisierung vorhanden sein.

Auffälliger als die deskriptiven Ergebnisse, sind die Resultate, die die Unterschiede zwischen den verschiedenen Stichproben betreffen. Auch wenn die Ergebnisse im Allgemeinen eine erfreuliche Tendenz haben, so gab es hinsichtlich vieler Variablen signifikante Unterschiede zwischen Laien und Professionellen, sowie in der Wahrnehmung von Frauen mit Alzheimer-Demenz und Männern mit Alzheimer-Demenz. Die niedriger bewerteten Rechte, die höher eingeschätzte Gefährlichkeit, sowie die höhere soziale Distanz von Laien sind wahrscheinlich durch das niedrigere Wissen von Laien über Menschen mit Alzheimer-Demenz begründet. Somit ist in der Allgemeinbevölkerung mehr Aufklärung zu Demenz von Nöten, besonders da immer mehr Menschen mit Demenzpatienten in Kontakt kommen werden (Bickel, 2008). Andererseits lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass Menschen mit Demenz von Betreuern auch in realen Situationen viele Rechte zugestanden bekommen. Dass bei den Professionellen die unangenehmen und prosozialen Emotionen niedriger ausgeprägt

sind, liegt wahrscheinlich an dem „professionellen Abstand“, den Personen haben, die in beruflichem Kontakt mit Menschen mit Demenz sind.

Männern mit Alzheimer-Demenz kommen in der vorliegenden Untersuchung die negativeren Bewertungen bezüglich der Emotionen, sozialer Distanz und Gefährlichkeit zu. Männer mit Alzheimer-Demenz könnten somit entgegen den Vermutungen (Graham et al. 2003), eine stärker stigmatisierte Gruppe darstellen.

Einige der Einflussvariablen auf soziale Distanz und wahrgenommene Rechte konnten bestätigt werden, für einige Variablen zeigte sich sogar eine neue Einflussrichtung, wodurch aber einige der gerichteten Hypothesen nicht angenommen werden konnten. Mit Hilfe dieser Ergebnisse kann rekonstruiert werden, wie die Wahrnehmung von Rechten und sozialer Distanz zustande kommt und welche Variablen von Bedeutung sind. Als bedeutende Einflussfaktoren auf soziale Distanz kristallisierten sich Emotionen und Vertrautheit mit Menschen mit Demenz heraus. Wahrgenommene Rechte werden vor allem von dem selbsteingeschätzten Wissen über Demenz und der wahrgenommenen Gefährlichkeit beeinflusst. Diese Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Vertrautheit mit der Krankheit Demenz (in Form von Wissen und Information) erhöht werden muss, damit sich wahrgenommene Rechte und soziale Distanz, insbesondere bei Laien, ändern können. Der ursprünglich vermutete wichtige Zusammenhang zwischen sozialer Distanz und wahrgenommenen Rechten konnte nur für die wahrgenommenen „Rechte auf Privatsphäre und Information“ bestätigt werden. Somit führen weniger wahrgenommene Rechte von Menschen mit Alzheimer-Demenz nicht automatisch zur Diskriminierung, in Form von sozialer Distanz, dieser Menschen.

12.5. Ausblick

Da es nur sehr wenige Studien gibt, die sich mit der Einstellung zu Menschen mit (Alzheimer-) Demenz beschäftigen, wird auf jeden Fall noch mehr Forschung auf dem Gebiet benötigt.

Es ist von großem Interesse, die vorliegende Studie auch in anderen Ländern durchzuführen, um etwaige Unterschiede feststellen zu können, die sich auf die unterschiedlichen Kulturen der Länder zurückführen lassen. Derzeit wird von Anna Artych an der Universität Wien eine weitere Diplomarbeit zu diesem Thema

durchgeführt. In der Arbeit, die sich dann auf eine österreichische Stichprobe beziehen wird, wird der gleiche Fragebogen wie in der vorliegenden Untersuchung angewandt.

In der vorliegenden Studie stellte sich selbsteingeschätztes Wissen über Demenz als eine wichtige Einflussvariable auf sowohl soziale Distanz als auch auf wahrgenommene Rechte heraus. In der österreichischen Studie wird das Wissen mittels eines Fragebogens erhoben werden, somit wird es von Interesse sein, ob sich in dieser Hinsicht Unterschiede ergeben werden.

Damit noch genauere Erkenntnisse von wahrgenommenen Rechten von Menschen mit Alzheimer-Demenz gewonnen werden können, wäre es von Vorteil weitere Rechte und Fähigkeiten in den Fragebogen mit einzubeziehen. Unabhängig von den Inhalten der Chartas könnten unter anderem Fähigkeiten, die sich eher auf alltägliches Leben beziehen (zum Beispiel Mahlzeiten zubereiten, sich Anziehen oder Einkäufe erledigen), mit erhoben werden.

Um den Einfluss der Variable „wahrgenommene Wahrscheinlichkeit an Alzheimer-Demenz zu erkranken“ zu überprüfen, wäre es für zukünftige Studien von Vorteil, Teilnehmer, die älter als 60 Jahre sind, in die Stichprobe mit aufzunehmen.

Es wurde auch vermutet, dass ein bedeutender Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Rechten und sozialer Distanz besteht, jedoch wurde nur der Einfluss eines Faktors der Rechte auf soziale Distanz festgestellt. Daher sollte die Beziehung zwischen den beiden Variablen in künftigen Studien genauer untersucht werden.

Interessant wäre auch, die Unterschiede zwischen Laien, die Kontakt zu Menschen mit Demenz haben, und Laien, die keinen Kontakt haben, zu überprüfen.

Da in der vorliegenden Studie nur ein Aspekt von Diskriminierung erfasst worden ist, wäre es außerdem von Bedeutung, in zukünftigen Studien den Diskriminierungsbegriff auszuweiten. Weiters könnten auch Stereotype und Vorurteile untersucht werden, um die Stigmatisierung vollständig zu erfassen.

13. Zusammenfassungen

13.1. Deutsche Zusammenfassung

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird zuerst das Krankheitsbild der Demenz und insbesondere der Alzheimer-Demenz dargestellt. Anschließend werden die Fähigkeiten, sowie die Rechte von Menschen mit Demenz behandelt. Das letzte Kapitel des theoretischen Teils beschäftigt sich mit Stigma und setzt einen Schwerpunkt auf das Stigmakonzept von Corrigan (2000). Innerhalb dieses Kapitels werden aktuelle Studien zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen und Alzheimer-Demenz dargelegt.

Das Ziel der empirischen Untersuchung war es, wahrgenommene Rechte von Menschen mit Alzheimer-Demenz zu untersuchen. Dabei wurde der Zusammenhang der wahrgenommenen Rechte mit Stigmatisierung, in Form von sozialer Distanz, analysiert. Zudem wurden die Einflussvariablen auf soziale Distanz und wahrgenommene Rechte (Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst an Demenz zu erkranken, Vertrautheit mit Demenz, Wahrgenommene Verantwortlichkeit eines/einer Alzheimerpatienten/in für seine/ihre Krankheit, Emotionen, wahrgenommene Gefährlichkeit einer Person mit Alzheimer-Demenz) überprüft. Weiters wurden Unterschiede in der Wahrnehmung der genannten Variablen zwischen Laien und Personen, die beruflichen Kontakt zu Menschen mit Demenz haben, analysiert. Eine zusätzliche Fragestellung beinhaltete die Unterschiede in der Wahrnehmung von Männern mit Alzheimer-Demenz und Frauen mit Alzheimer-Demenz.

Um diese Fragestellungen beantworten zu können, wurde ein Fragebogen konstruiert, welcher an „Laien“ und „Professionelle“, die in Luxemburg leben (N = 185), ausgehändigt wurde. Am Anfang des Fragebogens befindet sich eine Vignette mit dem Fallbeispiel einer Person die an Alzheimer-Demenz im Anfangsstadium erkrankt ist. Zur einen Hälfte der Fragebögen handelt es sich dabei um einen Mann, zur anderen Hälfte um eine Frau. Die Items sollten in Bezug auf dieses Fallbeispiel bewertet werden.

Die Ergebnisse zeigten, dass vielen der abgefragten Rechte eher zugestimmt wird. Menschen mit Demenz werden wenig soziale Distanz und fast nur prosoziale Emotionen entgegengebracht. Ihre Gefährlichkeit wird als eher niedrig eingeschätzt.

Das selbsteingeschätzte Wissen über Demenz und die wahrgenommene Gefährlichkeit haben den bedeutendsten Einfluss auf wahrgenommene Rechte. Als die wichtigsten Einflussfaktoren auf soziale Distanz stellten sich Emotionen und Vertrautheit mit Menschen mit Demenz heraus. Die Professionellen gestehen Menschen mit Alzheimer-Demenz mehr Rechte zu, bringen ihnen weniger soziale Distanz und weniger unangenehme und prosoziale Emotionen entgegen und schätzen sie als weniger gefährlich ein. Einem Mann mit Alzheimer-Demenz wird mehr soziale Distanz entgegen gebracht. Ihm gegenüber werden mehr unangenehme Emotionen empfunden und er wird als gefährlicher als eine Frau mit Alzheimer-Demenz eingestuft.

Zusammenfassend gesehen, fallen die Ergebnisse günstig für Menschen mit Alzheimer-Demenz aus, jedoch muss den festgestellten Unterschieden zwischen den Laien und Professionellen, sowie den Männern und Frauen mit Alzheimer-Demenz Beachtung geschenkt werden.

13.2. English Abstract

The theoretical part of this thesis deals with the clinical picture of dementia, particularly with regard to Alzheimer's disease, subsequently, the competency and the rights of people with dementia are discussed. The last chapter of the theoretical part includes stigma and focuses on Corrigan's (2000) stigma concept. Within this chapter, current studies about stigmatization of people with psychiatric conditions and Alzheimer's are presented.

The aim of the empirical study is to examine perceived rights of people with Alzheimer's. The relationship of perceived rights and stigmatization, in terms of social distance is analyzed at the same time. In addition, the determinants of social distance and perceived rights (Perceptions concerning the susceptibility of developing dementia, personal experience with dementia, perceived responsibility of an Alzheimer's disease patient of their illness, emotions and perceptions of danger) were tested; furthermore, the differences in the perception of the named variables between lay people and people, who work with persons with dementia were examined. An additional question was the difference of the perception concerning the variables between men and women with Alzheimer's.

In order to be able to answer these questions, a questionnaire was formulated, which was given to lay people and professionals residing in Luxembourg (N = 185). A vignette describing a person at an early stage of Alzheimer's can be found at the beginning of the questionnaire. In one half of the questionnaires a woman is described, in the other half a man. The participants were asked to answer the questions which referred to the subject.

The results of the study showed that many rights are agreed with. Participants express a low level of social distancing and high pro-social emotional reactions. The danger concerned with people suffering from Alzheimer's is lowly rated. The participants' perceived knowledge concerning dementia and their perception of danger are the most important determinants for perceived rights. The most considerable determinants for social distancing are emotions and personal experience with dementia. The professionals allow more rights for people with Alzheimer's, show less social distancing and less pro-social and unpleasant emotions, and rate the patients less dangerous than lay people. Social distance is higher towards men. A man with the condition causes more unpleasant emotional reactions and is rated more dangerous than a woman with the condition.

In conclusion, the results are considered positive for people with Alzheimer patients. There is however a considerable difference between the opinions of lay people and professionals. In addition there are significant differences in the perception of male and female Alzheimer patients.

14. Literaturverzeichnis

- Alzheimer, A. (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. In K. Jellinger (Hrsg.), *Alzheimer*. (S.19– 21). Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft Aka Gmbh.
- Alzheimer Europe. (1998). *Lawnet. National Report Luxembourg*. Zugriff am 10. Februar 2008 unter <http://www.alzheimer-europe.org/?lm2=FB6464FA2F38>.
- Alzheimer Europe. (2001). *Recommendations on how to improve the legal rights and protection of adults with incapacity due to dementia*. Zugriff am 10. Februar 2008 unter <http://www.alzheimer-europe.org/?content=showarticle&lm2=6A55EAF2CD2F#>
- American Association on Mental Retardation (2004). *Supports Intensity Scale. Information*. Zugriff am 30. März. 2009 unter www.siswebsite.org/site/pdf/SISOviewview.pdf
- Angermeyer, M., Beck, M. & Matschinger, H. (2003). Determinants of the Public's Preference for Social Distance From People With Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 663-668.
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (2005). Labeling-stereotype-discrimination. An investigation of the stigma process. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 391-395.
- Appelbaum, P. S., Bonnie, R., Karlawish, J. (2005). The Capacity to Vote of Persons With Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2094-2100.
- Appelbaum, P. S. & Grisso, T. (1988). Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment. *New England Journal of Medicine*, 319, 1635-1638.
- Appelbaum, P. S. & Roth, L. H. (1981). Clinical Issues in the Assessment of Competency. *American Journal of Psychiatry*, 11, 1462-1467.
- Association Luxembourg Alzheimer (2001). *Dokumentationsmappe*.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden* (10., neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Bickel, H. (2005). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In C.-W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). *Demenzen*. (S. 1-15). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Bickel, H. (2008). *Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz*. Informationsblatt. Zugriff am 16. Oktober 2008 unter <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37>
- Bogardus, E. (1933). A Social Distance Scale. *Sociology and Social Research*, 17, 265-271. Zugriff am 23. Oktober 2008 unter http://www.brocku.ca/MeadProject/Bogardus/Bogardus_1933.html
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6., überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation* (3., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Brand, M. & Markowitsch, H. J. (2005). Neuropsychologische Früherkennung und Diagnostik der Demenzen. M. Marting & H. R. Schelling (Hrsg.), *Demenz in Schlüsselbegriffen*. (S. 11 – 58). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin: DruckVogt GmbH.
- Canetto, S. S., Kaminski, P. L., Felicio, D. M. (1995). Typical and Optimal Aging in Women and Men: is there a Double Standard? *International Journal of Aging & Human Development*, 40, 187-207.
- Corrigan, P. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48-67.
- Corrigan, P., Backs Edwards, A., Green, A., Lickey Diwan, S. & Penn, D. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219-225.
- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., Kubiak, M. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.
- Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H., Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Danek, A., & Wekerle, G. (2001). Pick und andere fokale Hirnathropien. Weindl, A. (2001). In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. (S. 117- 133). Berlin: Springer-Verlag.

- De Mendonça Lima C. A., Levav, I., Jacobsson, L. & Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 679-682.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Dilling, H., Mombour W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (2., korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fazel, S., Hope, T., Jacoby, R. (2000). Effect of Cognitive Impairment and Premorbid Intelligence on Treatment Preferences for Life-Sustaining Medical Therapy. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1009-1011.
- Faul, F. & Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible statistical power analysis program for the social behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using Spss* (2. Ed.) London: SAGE Publications Ltd.
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed, Vol. 2, pp. 357-411). New York: McGraw-Hill.
- Fiske S. T., Cuddy, A. J. C., Xu, J. & Glick, P. (2002). A Model of (Often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow From Perceived Status and Competion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Fondation Nationale de Gérontologie. (1997). *Charte des droits et libertés de la personne  g e dépendante*. Zugriff am 7. November 2008 unter <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/32c5e8da06420c9dc12566f70058798b?OpenDocument>
- Förstl, H. & Calabrese P. (2001). Was ist Demenz. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. (S. 3-7). Berlin: Springer – Verlag.

- Förstl, H., Kurz, A., Calabrese, P. & Hartmann, T. (2001). Alzheimer – Demenz. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. (S. 43- 61). Berlin: Springer – Verlag.
- Förstl, H., Maelicke, A., Weichel, C. (2005). *Demenz*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Gatterer, G. & Croy, A. (2005). *Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer-Verlag.
- Goffman, E. (1994). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität (11. Auflage)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gutzmann, H. & Zank, S. (2005). *Demenzielle Erkrankungen*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Gunzelmann, T. & Oswald, W.-D. (2002). Gerontopsychologische Diagnostik.. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, (S. 111-123). Berlin: Springer-Verlag.
- Gunzelmann, T & Oswald, W.-D. (2005). *Gerontologische Diagnostik und Assessment*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Güttler, P. (2003). *Sozialpsychologie*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Graham, N., Lindesay, J., Katona C., Bertolote, J. M., Camus, V., Copeland, J. R. M. et al. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International Journal fo Geriatric Psychiatry*, 18, 670-678.
- Haberl, R. & Schreiber A. (2001). Binswanger und andere vaskuläre Demenzen. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. (S. 63- 82). Berlin: Springer – Verlag.
- Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie (2., unveränderte Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hirschman, K., Xie, S., Feudtner, C., & Karlawish, J. (2004). How Does an Alzheimer's Disease Patient's Role in Medical Decision Making Change Over Time? *Neurology*, 56, 789-792.
- Hirschman, K., Joyce, C., James, B., Xie, S., Casarett, D. & Karlawish, J. (2005). Would Caregivers of Alzheimer Disease Patients Involve Their Relative in A

- Decision To Use an AD-Slowing Medication? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 1014-1021.
- Hirschman, K., Joyce, C., James, B., Xie, S. & Karlawish, J. (2005). Do Alzheimer's Disease Patients Want to Participate in Treatment Decision, and Would Their Caregivers Let Them? *The Gerontologist*, 45, 381-388.
- Ivemeyer, D. & Zerfaß, R. (2002). *Demenztests in der Praxis. Ein Wegweiser*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Jahn, T. H. (2005). Neuropsychologische Diagnostik . In H. Förstl & C.-W. Wallesch (Hrsg.), *Demenzen* (S. 91-105). Stuttgart: Thieme.
- Jolley, D. & Benbow. S. (2000). Stigma and Alzheimer's Disease: Causes, Consequences and a Constructive Approach. *International Journal of Clinical Practice*, 54(2), 117-119.
- Karlawish, J. Casarett, D., Klocinski, J. & Sankar, P. (2001). How do AD patients and their caregivers decide wheter to enroll in a clinical trial? *Neurology*, 2001,56, 789-792.
- Karlawish, J. H. T., Casarett, D.J., James, B.D., Kim, S.Y:H. (2005). The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology*, 64, 1514-1519.
- Kerschen, N. (2006). *In search of the autonomy of persons- From long term care insurance in Luxembourg to the origins of Lawnet*. Zugriff am 4. Februar 2006 <http://www.alzheimer-europe.org/?lm=A469E57D6F8>.
- Kim, S. Y. H. & Caine,E. D. (2002). Utility and Limits of the Mini Mental State Examination in Evaluating Consent Capacity in Alzheimer's Disease. *Psychiatric Services*, 53, 1322-1324.
- Kim, S. Y. H., Cox, C., Caine, E. C. (2002). Impaired Decision-Making Ability in Subjects With Alzheimer's Disease and Willingness. *Americian Journal of Psychiatry*, 159, 797-802.
- Kim, S.Y. H., Karlawish, J. H. T. & Caine,E. D. (2002). Current State of Research on Decision-Making Competence of Cognitively Impaired Elderly Persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 151-165.

- Kite, M., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., Johnson, B. T. (2005). Attitudes Toward Younger and Older Adults: An Updated Meta-Analytic Review. *Journal of Social Issues*, 61, 241-166.
- Krings, F. & Kluge, A. (2008). Altersvorurteile. In L. E. Petersen & B. Six (Hrsg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung* (S. 131-139). Weinheimer: Beltz PVU.
- Kurz, A. (2002). Klinik. In K. Beyreuther, K. M. Einhäupl, H. Förstl, A. Kurz (Hrsg.), *Demenzen* (S. 168-186). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Link, B., Phelan J., Bresnahan, M., Stueve, A., Pescosolido, B. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Link, B. & Phelan J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-365.
- Link, B., Cullen, F., Frank, J. & Wozniak, J. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *The American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Maeck, L. & Stoppe G. (2008). Why is competence assessment important? Development of the EDCON consensus statement. In G. Stoppe (Hrsg.), *Competence Assessment in Dementia*. (S. 1-11). Wien: Springer.
- Major, B. & O'Brien, L. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Markowitz, F. (2005). Sociological Models of Mental Illness Stigma: Progress and Prospects. In P. Corrigan (Ed.). *On the Stigma of Mental Illness*. (S.129-144) Washington: American Psychological Association.
- Marson, D., McInturff, B., Hawkins, L., Bartolucci, A., Harrel, L. (1997). Consistency of Physician Judgments of Capacity to Consent in Mild Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 453-457.
- Marson, D. (2001). Loss of competency in Alzheimer's Disease: Conceptual and psychometric approaches. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 267-283.
- Martin, J., Pescosolido, B. & Tuch, S. (2000). Of Fear and Loathing: The Role of "Disturbing Behavior", Labels, and Causal Attributions in Shaping Public

- Attitudes Toward People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(June), 208-223.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. & Stadlan, E. M. (1984). Klinische Diagnose der Alzheimer – Krankheit: Bericht der NINCDS – ARDA Arbeitsgruppe unter den Auspizien des US Gesundheitsministeriums und der Projektgruppe für die Alzheimer – Krankheit. In K. Jellinger (Hrsg.), *Alzheimer*. (S.89 – 99). Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH.
- Moye, J., Karel, M., Azar, A., Gurrera, R. (2004) Capacity to Consent to Treatment: Empirical Comparison of Three Instruments in Older Adults With and Without Dementia. *The Gerontologist*, 44, 166-175.
- Moye, J. & Marson D. (2007). Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, 3-11.
- Mummendey, H. D. & Grau, I. (2008). *Die Fragebogen-Methode* (5., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hoegrefe Verlag.
- Ottati, V., V. Bodenhausen, G., Newman, L. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. In P. Corrigan (Ed.). *On the Stigma of Mental Illness*. (S. 99-128) Washington: American Psychological Association.
- Okonkwo, O., Griffith, H. R. , Belue, K., Lanza, S., Zamrini, E. Y., Harrell, L. E. (2007). Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology*, 69, 1528-1535.
- Payk, T. (2007). *Psychopathologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Pescosolido, B., Monahan, J., Link, B., Stueve, A. & Kikuzawa, S. (1999). The Public's View of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons With Mental Health Problems. *American Journal of Public Health*, 1999, 89, 1339-1245.
- Pearson (2009, 30. März). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II)*. Zugriff am 30. März 2009 unter <http://www.pearsonassessments.com/vinelandadapt.aspx>
- Poser, S & Mollenhauer, B. (2005). Demenz bei entzündlichen Erkrankungen und Infektionskrankheiten. In C.-W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). *Demenzen*. (S. 209-211). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Rabold, S. & Görgen, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte. *Zeitung für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 366-374.
- Riemenschneider, M & Bertram, L. (2001). Apparative Diagnostik. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. (S. 255- 274). Berlin: Springer-Verlag.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20, 529-539.
- Saß, H., Wittchen, H-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien DSM – IV*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schaub, R.T. & Freyberger, H.J. (2005) Diagnostik und Klassifikation von Demenzen. In C.-W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). *Demenzen*. (S. 59-77). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schlegel, J. (2005). Neuropathologie der Demenzen. In C.-W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). *Demenzen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schmidtke, K. & Hüll, M. (2005). Krankheiten mit Demenz. In C.-W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). *Demenzen*. (S. 152-175). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schmidtke, K. (2006). *Demenzen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Stechl, E., Lämmle, G., Steinhagen-Thiessen, E. & Flick, U. (2007). Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium – SUWADEM. *Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie*, 40, 71-80.
- Stoppe, G. (2006). *Demenz.Diagnostik-Beratung-Therapie*. München; Basel: E. Reihnhardt.
- Schwarzer, R. & Weiner, B. (1991). Stigma Controllability and Coping as Predictors of Emotions and Social Support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 133-140.
- United Nations (18. 10. 2008). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Zugriff am 16. Oktober 2008
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>
- Wadley, V. G. & Haley, W. E. (2001). Diagnostic Attributions Versus Labeling: Impact of Alzheimer's Disease and Major Depression Diagnoses on Emotions, Beliefs, and Helping Intentions of Family Members. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 56B, 244-252.

- Weindl, A. (2001). „Parkinson Plus“ / Lewy-Körper-Demenz, Chorea Huntington und andere Demenzen bei Badalganglienerkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. (S. 83- 108). Berlin: Springer-Verlag.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Weiner, B., Perry, R. & Magnusson, J. (1988). An Attributional Analysis of Reactions to Stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Werner, P. (2001). Correlates of Family Caregivers' Knowledge about Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 32-38.
- Werner, P. (2002). Assessing correlates of concern about developing Alzheimer's Disease among adults with no family history of the disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17, 331-337.
- Werner, P. & Davidson, M. (2004). Emotional reactions of lay persons to someone with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 391-397.
- Werner, P. (2005). Social Distance towards a person with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 182-188.
- Werner, P. (2006). Lay perceptions regarding the competence of persons with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 674-680.
- Werner, P. (2007). Family Physicians' perceptions and predictions regarding the competence of a person with Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 320-326.
- Zaudig, M. (2001). „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. (S. 23- 42). Berlin: Springer-Verlag.

15. Anhang

15.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Schwerestadien einer Demenz und Einfluss auf Alltagsaktivitäten</i> (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2000; Förstl & Calabrese, 2001)	4
Tabelle 2 <i>Altersverteilung der an einer Demenz erkrankten Personen in Luxemburg</i> (Association Luxembourg Alzheimer, 2000)	8
Tabelle 3 <i>Komponenten öffentlicher Stigmatisierung</i> (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005)	31
Tabelle 4 <i>Einflussfaktoren auf soziale Distanz</i>	45
Tabelle 5 <i>Einflussfaktoren auf wahrgenommene Fähigkeiten</i>	45
Tabelle 6 <i>Anzahl der Personen in den Stichproben</i>	56
Tabelle 7 <i>Mittelwert und Standardabweichung des Alters innerhalb der Stichprobengruppen</i>	57
Tabelle 8 <i>Verteilung der Geschlechter in den Stichproben</i>	57
Tabelle 9 <i>Kontakt der Laien zu Menschen mit Demenz</i>	58
Tabelle 10 <i>Kontakt der Professionellen zu Menschen mit Demenz außerhalb ihres Berufs</i>	58
Tabelle 11 <i>Selbsteingeschätztes Wissen der Teilnehmer/innen über Demenz</i>	58
Tabelle 12 <i>Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Laien selbst an Demenz zu erkranken</i>	59
Tabelle 13 <i>Wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Professionellen selbst an Demenz zu erkranken</i>	59
Tabelle 14 <i>Beurteilung des MSA nach Kaiser und Rice (1974; zitiert nach Backhaus et al. 2005, S. 276)</i>	68
Tabelle 15 <i>Reliabilität der Faktoren «Rechte»</i>	72
Tabelle 16 <i>Faktorenladungen auf dem Faktor « soziale Distanz »</i>	73
Tabelle 17 <i>Reliabilität der Faktoren «Emotionen»</i>	74
Tabelle 18 <i>Reliabilitäten</i>	75
Tabelle 19 <i>Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte auf Privatsphäre und Information“</i>	82
Tabelle 20 <i>Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“</i>	83
Tabelle 21 <i>Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte als mündige/r Bürger/in“</i>	83
Tabelle 22 <i>Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“</i>	84
Tabelle 23 <i>Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Skala und Items „Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere“</i>	85
Tabelle 24 <i>Prozentangaben der Verteilung der Werte auf den Skalen</i>	87
Tabelle 25 <i>Mittelwerte, Median, Standardabweichungen und Prozentangaben der Werte der Items und des Gesamtwerts für die Skala « Soziale Distanz »</i>	88
Tabelle 26 <i>Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen der Skalen « Emotionen »</i>	89
Tabelle 27 <i>Prozentzahlen der Verteilung und Standardabweichungen der Werte</i>	89

Tabelle 28 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Soziale Distanz » (N = 152)	91
Tabelle 29 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte auf Privatsphäre und Information » (N = 154)	94
Tabelle 30 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte auf eine eigenständige Lebensführung » (N = 158)	95
Tabelle 31 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte als mündige/r Bürger/in » (N = 157)	96
Tabelle 32 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Rechte mit hoher Eigenverantwortung » (N = 157)	96
Tabelle 33 Zusammenfassung der simultanen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable « Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere » (N = 156)	97
Tabelle 34 Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges der Stichprobengruppen „Laien“ und „Professionelle“	100
Tabelle 35 Mittelwerte, Standardabweichungen und Ranges der Stichprobengruppen „Laien“ und „Professionelle“	103

15.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Altersverteilung in der Gesamtstichprobe	57
Abbildung 2 Screeplot (Rechte)	69
Abbildung 3 Mittelwerte der Items « Emotionen »	89
Abbildung 4 Einflussfaktoren auf Soziale Distanz	108
Abbildung 5 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte auf Privatsphäre und Information	109
Abbildung 6 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte auf eine eigenständige Lebensführung	109
Abbildung 7 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte als mündiger Bürger	110
Abbildung 8 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Rechte mit hoher Eigenverantwortung	110
Abbildung 9 Einflussfaktoren auf wahrgenommene Entscheidungsübernahme durch signifikante Andere	111



15.3. Fragebogen

„Menschen mit Alzheimer-Demenz“

Der vorliegende Fragebogen ist Bestandteil einer Studie, die im Rahmen der Forschungseinheit INSIDE (Universität Luxemburg) durchgeführt wird. Diese Studie beschäftigt sich mit der Situation von Menschen mit Alzheimer-Demenz. Zunächst bedanken wir uns ganz herzlich für Ihre Bereitschaft, den Fragebogen auszufüllen.

Bei der Beantwortung des Fragebogens gibt es keine richtigen oder falschen Antworten; Ihre persönliche Einschätzung ist entscheidend. Antworten Sie daher bitte so, wie es Ihnen einfällt und ohne lange zu überlegen. Vielleicht treffen einige Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zu. Kreuzen Sie aber bitte immer die Antwortalternative an, welche noch am ehesten zutrifft; lassen Sie bitte keine Antworten aus. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Kontakt und weitere Information

Léa Feltgen
Tel: ++352-466644-6479
Mail: lea.feltgen@uni.lu

Angaben zu Ihrer Person

Alter: _____

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

Höchster abgeschlossener Schulabschluss:

<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Pflichtschule <input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
---	---

Haben Sie in den folgenden Bereichen Kontakt zu Menschen mit Alzheimer-Demenz oder einer anderen Form von Demenz?

	Nie	Ab und zu	Regelmäßig
Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundes- oder Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie Ihr Wissen über Demenz ein?

Niedrig <input type="checkbox"/>	Mittel <input type="checkbox"/>	Hoch <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Wie besorgt sind Sie, dass Sie irgendwann in Ihrem Leben an einer Demenz erkranken?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

Wie wahrscheinlich, denken Sie ist es, dass Sie eine Demenzerkrankung irgendwann in ihrem Leben bekommen?

Keinesfalls <input type="checkbox"/>	Wahrscheinlich nicht <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>	Ziemlich wahrscheinlich <input type="checkbox"/>	Ganz sicher <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---

Folgende Frage bitte nur beantworten wenn Sie keine Person mit einer Demenzerkrankung in der Familie haben:

Wie besorgt sind Sie, dass ein Mitglied Ihrer Familie irgendwann eine Demenzerkrankung bekommen wird?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

Wir geben Ihnen ein **konkretes Fallbeispiel** vor: Herr M., der sich im Anfangsstadium der Alzheimer-Demenz befindet. Wir bitten Sie, sich das Fallbeispiel **aufmerksam durchzulesen** und **alle nachfolgenden Fragen mit Blick auf Herrn M. zu beantworten**.

Herr M. ist 75 Jahre alt und seit 7 Jahren verwitwet. Da er schon seit einigen Jahren an hoher Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten litt, suchte Herr M. auf Wunsch seiner Tochter vor einem Jahr einen Arzt auf. Dieser führte mit ihm verschiedene Tests und Untersuchungen durch und diagnostizierte Alzheimer-Demenz. Obwohl seine Familie aussagt, dass Herr M. noch in der Lage sei, alleine zu Hause zu wohnen und sich selbst zu versorgen, lebt er seit 2 Monaten in einem Altersheim. Mittlerweile hat seine Vergesslichkeit sich verschlimmert und er hat Probleme beim Lernen von neuem; alte Gedächtnisinhalte sind jedoch kaum beeinträchtigt. Im Organisieren von Tätigkeiten und bei alltäglichen Aufgaben gibt es Schwierigkeiten; auffällig ist auch, dass er starke Rechenprobleme hat. Obwohl Herr M. auf den ersten Eindruck keine Kommunikationsschwierigkeiten zu haben scheint, ist seine Sprache stockender und weniger präzise als früher. Er fühlt sich oft überfordert, ist reizbar und wirkt depressiv und ängstlich; körperliche Beschwerden liegen nicht vor.

Im folgenden Teil des Fragebogens finden Sie einige Behauptungen, welche die **Bedürfnisse und Rechte von Herrn M.** betreffen. Wir bitten Sie, für jede der Behauptungen anzukreuzen, wie sehr Sie diesen zustimmen.

1. Herr M. sollte ein selbständiges Leben führen können, auch wenn dies einige Risiken beinhaltet.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

2. Herr M. sollte sich jederzeit frei bewegen können.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

3. Das Pflegepersonal muss Herrn M. nicht erklären, wozu er seine Medikamente einnimmt.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

4. Das Pflege und Betreuungspersonal von Herrn M. sollte dafür sorgen, dass sein Alltag entsprechend seinen Vorstellungen gestaltet werden kann.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

5. Die Familie und/ oder die Betreuer(innen) von Herrn M. sollten entscheiden, wo er lebt.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

6. Es muss nicht unbedingt an der Tür von Herrn M. geklingelt oder geklopft werden, um seinen Raum betreten zu können.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

7. Herr M. sollte über pflegerische und medizinische Diagnosen und Maßnahmen aufgeklärt werden, zudem sollten mit ihm mögliche Risiken und Alternativen besprochen werden.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

8. Die Ärzte sollten für Herrn M. entscheiden, an welchen medizinischen Maßnahmen er teilnimmt.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

9. Wenn Herr M. möchte, sollte er allein sein dürfen.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

10. Falls künstliche Ernährung bei Herrn M. notwendig werden würde, sollte diese auch gegen seinen Willen durchgeführt werden.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

11. Im Pflegeheim sollte jede(r) Betreuer(in) die Briefe von Herrn M. ohne seine Zustimmung lesen können.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

12. Herr M. sollte nicht rauchen.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

13. Die Weltanschauungen, Religionszugehörigkeit und das Ausüben religiöser Handlungen von Herrn M. sollten akzeptiert werden, auch wenn dadurch seine Versorgung komplizierter wird.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

14. Herr M. sollte selbst entscheiden können, ob er nach seinem Tod seine Organe spenden möchte.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

15. Wenn Herr M. das Bedürfnis dazu hätte, sollte er eine Partnerin haben dürfen, zu der er auch eine sexuelle Beziehung hat.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

16. Herr M. sollte nicht in seine Krankenakte Einsicht nehmen können.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

17. Herr M. sollte vor Gericht für seine Taten verantwortlich gemacht werden können.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

18. Herr M. bekommt die Möglichkeit an einer Behandlung teilzunehmen, deren Wirksamkeit und Sicherheit noch nicht wissenschaftlich überprüft sind. Hier sollten der Arzt und die Familie eine Entscheidung für ihn treffen, ob er daran teilnimmt.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

19. Auch wenn Herr M. die Pflege durch eine bestimmte Person als unangenehm empfindet, ist es nicht unbedingt notwendig, dass ihm eine andere Person zugewiesen wird.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

20. Herr M. sollte keinen Alkohol trinken.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

21. Herr M. soll eine Vorausverfügung verfassen können, in der festgehalten wird, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen und welche Person später als Betreuer bestimmt werden soll.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

22. An den Regierungswahlen sollte Herr M. teilnehmen, falls er dies möchte.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

23. Der körperliche Zustand von Herrn M. hat sich verschlechtert. Wenn bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt werden, könnte er sterben. Hier sollte Herr M. selbst bestimmen können, in welchem Ausmaß und ob die Behandlung durchgeführt werden soll.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

24. Herr M. sollte es verboten werden, Auto zu fahren.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

25. Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung von Herrn M. beteiligten Personen sollten Herrn M. alle Entscheidungen abnehmen.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

26. Herr M. sollte seine Finanzen selbst verwalten.

Falsch <input type="checkbox"/>	Eher falsch <input type="checkbox"/>	Unentschieden <input type="checkbox"/>	Eher richtig <input type="checkbox"/>	Richtig <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	--	-------------------------------------

Auf dieser Seite des Fragebogens werden Ihnen **weitere Fragen zu Herrn M.** gestellt, welche **Ihre Einstellung** zu ihm betreffen.

1. In welchem Ausmaß ist Herr M. für seine Krankheit verantwortlich?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

2. Wie wahrscheinlich ist es, dass Herr M. etwas zur Kontrolle seines Zustandes beitragen kann?

Keinesfalls <input type="checkbox"/>	Wahrscheinlich nicht <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>	Ziemlich wahrscheinlich <input type="checkbox"/>	Ganz sicher <input type="checkbox"/>
---	---	--	--	---

3. Wie gefährlich denken Sie, dass Herr M. für sich selbst ist?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

4. Wie gefährlich denken Sie, ist Herr M. für seine Umwelt?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

Geben Sie bitte an, inwiefern Sie bereit wären:

5. in der unmittelbaren Nachbarschaft von Herrn M. zu wohnen?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

6. einen Abend in Gesellschaft von Herrn M. zu verbringen?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

7. sich mit Herrn M. anzufreunden?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

8. der Heirat eines Ihrer Kinder mit einem Kind von Herrn M. zuzustimmen? (Sollten Sie selbst keine Kinder haben, stellen Sie sich bitte den gegebenen Fall vor)

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

9. Herrn M. persönlich zu unterstützen?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

10. Herrn M. um einen Gefallen zu bitten?

Nicht <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Ziemlich <input type="checkbox"/>	Sehr <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Gefühlen. **Wir bitten Sie anzugeben, wie sehr Sie die jeweiligen Gefühle empfinden, wenn Sie an Herrn M. denken.**

Empfinden Sie ein Gefühl gar nicht, kreuzen Sie die „1“ an, empfinden Sie es sehr, kreuzen Sie die „5“ an. Mit den übrigen Zahlen können Sie ihre Antwort abstufen.

	Gar nicht				Sehr
Mitleid	1	2	3	4	5
Angst	1	2	3	4	5
Wut	1	2	3	4	5
Unsicherheit	1	2	3	4	5
Mitgefühl	1	2	3	4	5
Ungeduld	1	2	3	4	5
Ekel	1	2	3	4	5
Verlangen zu helfen	1	2	3	4	5
Unbehagen	1	2	3	4	5
Sorge	1	2	3	4	5
Abschreckung	1	2	3	4	5
Verlegenheit	1	2	3	4	5
Ablehnung	1	2	3	4	5
Bestürzung	1	2	3	4	5
Verärgerung	1	2	3	4	5
Spott	1	2	3	4	5

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Falls Sie an den Ergebnissen der Studie interessiert sind, können Sie uns hier Ihre E-Mail-Adresse oder, falls Sie über keine E-Mail- Adresse verfügen, Ihre Postadresse hinterlassen.

Ihre E-mail- oder Postadresse:

Um Ihre Anonymität zu gewähren, wird diese Seite vor der Auswertung von den anderen Seiten abgetrennt. Wir versichern Ihnen, dass ihre Angaben absolut vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, den 1. April 2009

15.4. Lebenslauf

Persönliche Daten

<i>Name :</i>	Elisabeth BOURKEL
<i>Geburtsdatum</i>	23.08.1983
<i>Geburtsort :</i>	Luxemburg (Stadt)
<i>Staatsbürgerschaft :</i>	luxemburgisch
<i>Adressen :</i>	Lichtenauergasse 5/8 A-1020 Wien 67, route de Remich L-5330 Moutfort Luxemburg
<i>Telefon :</i>	0043 650 7580655 00352 691 474908
<i>E-mail-Adresse :</i>	a0226135@unet.univie.ac.at

Ausbildung

<i>Sommersemester 2009</i>	Abschluss des Diplomstudiums Psychologie (Schwerpunkt Klinische Psychologie)
<i>Oktober 2003</i>	Inskription des Diplomstudiums Psychologie an der Universität Wien
<i>1995- 2002</i>	Gymnasium „Lycée de Garçons“ in Luxemburg – Stadt (wirtschaftlicher Zweig)
<i>1989- 1995</i>	Volksschule (Ecole primaire) in Oetrange, Luxemburg

Fachbezogene Praktikas und Ferialarbeiten

<i>Juli und August 2007</i>	Praktikum beim psychotherapeutischen Dienst für Jugendliche des luxemburgischen Roten Kreuzes (Service Psychothérapeutique pour Jeunes de la Croix Rouge Luxembourgeoise)
<i>Juli 2006- September 2006</i>	Praktikum in der psychologischen Abteilung der Rehaklinik Saarschleife in Orscholz, Deutschland

August 2004

Erstellung von Fragebögen und
Durchführung von Interviews in Alters- und
Pflegeheimen im Rahmen eines Projektes
für ein Dorf für ältere Menschen bei der
Firma PROject S.A. in Windhof,
Luxemburg

Sprachen

Fließend gesprochen :

Luxemburgisch, Deutsch, Englisch und
Französisch

Einige Kenntnisse :

Spanisch